

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 51

La DÉCLARATION OBLIGATOIRE
BASE DE LA LUTTE
CONTRE
LES MALADIES CONTAGIEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 18 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis CANEL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon

Né à CAVES-DE-TREILLES (Aude), le 7 Septembre 1901



LE MOUVEMENT SANITAIRE

ÉDITEUR

4, rue de Sèvres, 4 — PARIS

1926



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553418_0059

La DÉCLARATION OBLIGATOIRE

BASE DE LA LUTTE

CONTRE

LES MALADIES CONTAGIEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis CANEL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon

Né à CAVES-DE-TREILLES (Aude), le 7 Septembre 1901



LE MOUVEMENT SANITAIRE

ÉDITEUR

4, rue de Sèvres, 4 — PARIS

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	X.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE A.), ROQUE.

Professeurs

Cliniques médicales	{	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales		PIC.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie ...		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		COLLET.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..		PAVIOT.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie		ETIENNE MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.)
		X.
		LEULIER.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie ..	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT LÉON.
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROCHAIX	BONNET	DUNET
TRILLAT	CORDIER (V.)	RHENTER	CHALIER (André)
SARVONAT	ROUBIER	MAZEL	CHALIER (Joseph)
FLORENCE (G.)	FAVRE	SANTY	NOEL

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, *Président*; PIC, *Assesseur*;
MM. ROCHAIX et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE
MES GRANDS-PARENTS

Témoignage de mon pieux souvenir.

A MA GRAND'-MÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Je vous dois tout. Votre bonté inépuisable, vos incessants sacrifices sont à jamais gravés dans mon cœur.

Acceptez cet humble témoignage de ma reconnaissance infinie et de mon profond amour filial.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

En toute affection

A MA NIÈCE SUZANNE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A M. LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE FONTANEL

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de vive reconnaissance

A M. LE DOCTEUR H. MOUTOT

Ancien Chef de Clinique à l'Antiquaille

Chef du Service de Dermato-Vénérologie de la XIV^{me} Région.

*Nous avons suivi son enseignement
pendant un an; nous lui devons beaucoup.*

*Qu'il trouve ici l'assurance de notre
profonde gratitude.*

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ A. ROCHAIX

Inspecteur départemental d'Hygiène

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Il nous a toujours réservé un accueil
amical; et nous avons trouvé en lui de
nombreux et précieux conseils pour la
préparation et la mise au point de notre
travail, pour lequel il ne nous a pas
ménagé son temps, ni sa peine.*

*Qu'il veuille bien agréer ici l'expres-
sion de notre profonde reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

*Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ce travail.*

Respectueux hommage.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE TOULOUSE ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CHAPITRE I

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES

CONTAGIEUSES — SA NÉCESSITÉ — SA LÉGITIMITÉ

Pasteur, par ses découvertes, a apporté la démonstration scientifique d'un fait social, entrevu depuis longtemps mais resté à l'état de conception imprécise, l'inter-dépendance des individus, au point de vue de la santé. En nous révélant cette nouvelle forme de la solidarité humaine, la solidarité sanitaire, Pasteur a jeté les bases d'un droit encore inconnu. Sans doute le nouveau code est encore bien imparfait, ses applications en sont encore restreintes, mais au fur et à mesure que nos connaissances seront mieux établies, on le verra se compléter et nous pourrons progressivement faire disparaître par des mesures appropriées, les maladies infectieuses qui déciment encore l'humanité.

Ces moyens prophylactiques, pour être efficaces, doivent être coordonnés, constituer un ensemble de mesures administratives, librement consenties ou même rendues obligatoires en cas de besoin. On ne peut —

c'est de toute évidence — obtenir de résultats qu'à ce prix.

Actuellement on ne discute plus la légitimité de cette obligation, même au nom de la liberté individuelle. Ces mesures ne sont que des applications nouvelles d'un principe ancien, résumé dans la déclaration des Droits de l'Homme: « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. » L'individu n'a pas plus le droit d'infecter son voisin que d'attenter à sa vie par des moyens violents.

Pour que les mesures prophylactiques soient appliquées à l'ensemble d'un pays, dans tous les cas où elles se montrent nécessaires, il faut que l'autorité soit d'abord informée des cas de maladies contagieuses qui se produisent. La *déclaration obligatoire* de ces maladies est à la base de toute politique sanitaire.

On objectera que nous ne pouvons opposer à toutes les maladies contagieuses des mesures de prophylaxie efficaces. Pour un certain nombre d'entre elles, nous n'avons pas encore pénétré, ou d'une façon trop incomplète, le mécanisme de la contagion, pour exiger l'application de mesures de protection rationnelles. Leur déclaration n'en sera pas moins nécessaire pour mesurer l'entendue du fléau et suivre son extension. Il est bien rare, d'ailleurs, qu'on ne puisse prendre quelques mesures utiles, mêmes minimales, pour les maladies infectieuses, dont le mode de contagion nous est le moins connu.

La déclaration obligatoire doit s'étendre non seulement aux maladies contagieuses proprement dites, mais à celles qui présentent un caractère *social*, aux grands fléaux qui déciment les peuples, exerçant une influence désastreuse sur la race: tuberculose, syphilis, cancer, paludisme, etc.

La déclaration de ces maladies n'aura pas pour conséquence l'application de mesures prophylactiques immédiates, sauf quand, en même temps, elles présentent un caractère très net de contagiosité de tous les instants, comme la tuberculose. Mais leur déclaration, en permettant d'en connaître l'étendue et d'en suivre la marche, orientera les pouvoirs publics vers des mesures et des réformes générales, ayant pour but de faire disparaître ou d'atténuer les facteurs sociaux qui interviennent de façon si importante dans leur développement (habitation, alimentation, prostitution, assainissement du sol, etc.)

Dans beaucoup de pays, surtout les pays latins, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses a quelque peine à s'implanter dans nos mœurs.

On lui fait plusieurs objections. On a invoqué d'abord le principe du secret professionnel.

Brouardel dans son beau livre sur « La Profession médicale au commencement du XX^e siècle » a montré que le médecin ne viole pas plus le secret en envoyant sa déclaration de maladie contagieuse au maire et au sous-préfet, qu'il ne le viole en venant demander conseil au sujet d'un malade à l'un de ses maîtres ou en délivrant un certificat pour l'internement d'un aliéné.

Au moment de la discussion du projet de la loi de 1902, à l'Académie de Médecine, le Docteur Josias, rapporteur, a fait de cette objection un examen particulier. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ses paroles : « Ce ne sont pas seulement la tradition et les mœurs, disait-il, c'est aussi la loi qui impose aux médecins le secret professionnel (art. 378 du Code pénal).

« Ce que la loi a fait, elle peut aussi le défaire, et quand les prescriptions de la loi sont commandées par

l'intérêt public, on est mal venu à refuser d'y obéir, en se retranchant derrière la tradition, si ancienne et si respectable qu'elle soit.

« L'obligation morale de garder le secret professionnel est primé par l'obligation légale de faire la déclaration.

« Au surplus, si le médecin doit déclarer à l'autorité compétente les maladies contagieuses qu'il constate, il est tenu au secret à l'égard de tout autre, et l'agent de l'autorité qui reçoit sa déclaration est tenu formellement, lui aussi, de garder le secret professionnel. Au lieu d'avoir le médecin comme seul confident, le malade en aura deux désormais, le médecin et l'autorité compétente. Le secret professionnel n'en sera pas moins gardé. »

Le docteur Josias rappelait, à cette occasion, que la Cour de Cassation a consacré par un arrêt du 13 Mars 1897 la responsabilité d'un secrétaire de mairie (1) qui avait communiqué à un tiers des avis de déclaration. Il concluait que, dans les circonstances présentes, les médecins ne sont plus fondés à invoquer le secret professionnel pour se soustraire à l'obligation de la déclaration « parce que la loi est égale pour tous et parce que le secret professionnel ne sera pas divulgué par l'autorité ».

Enfin, l'administration a pris les précautions nécessaires, comme on le verra plus loin, pour qu'aucune indiscretion ne puisse être commise pendant la transmission de la déclaration.

On a fait à la déclaration des maladies contagieuses ou sociales, une autre objection plus grave et à laquelle

(1) Voir DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et OTT. La désinfection et la déclaration des maladies contagieuses. « *Les Actualités de l'Hygiène* ». Paris 1925.

il était difficile de répondre, en France, avant la promulgation de la loi du 15 février 1902. La loi du 30 Mars 1892 qui a instauré la déclaration des maladies contagieuses n'avait organisé aucun service de prophylaxie. Aussi les médecins disaient-ils avec raison : « A quoi bon déclarer ces maladies, puisque notre avis n'aura aucune suite pratique ? »

Comme l'a écrit très judicieusement, M. Paul Strauss : « La loi de 1892 a été prématurée parce qu'elle devait suivre et non précéder la confection d'une loi protectrice de la santé publique. » La loi du 15 Février 1902 a eu précisément pour but de prescrire les mesures de préservation qui doivent suivre la déclaration du médecin. Comme nous le verrons ultérieurement, ces mesures sont très incomplètes et doivent être révisées ; notre armement contre les fléaux sociaux, tels que la tuberculose et la syphilis, est encore à l'état embryonnaire, mais il existe au moins des mesures partielles. En tout cas, le principe en est entré dans notre code sanitaire et les déclarations ne peuvent que stimuler les pouvoirs publics, pour qu'ils s'acheminent plus rapidement vers la réalisation d'une organisation prophylactique complète.

Quoi qu'il en soit, la déclaration est de première importance : elle est le point de départ et la base de toutes les mesures prises pour lutter contre les maladies contagieuses et sociales. Cette lutte sera menée non seulement contre le parasite infectieux, mais contre les facteurs sociaux qui permettent ou favorisent sa multiplication et sa dissémination. Lorsque la déclaration des cas de tuberculose, par exemple, aura permis d'établir l'existence d'un foyer contaminé de façon constante, comme il en existe dans la plupart des grandes villes,

cette constatation devra amener les pouvoirs publics à envisager les moyens légaux pour faire disparaître les taudis de ce foyer de tuberculose, facteur social capital de la persistance et de l'extension du fléau.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et sociales est, de toute évidence, la base de la politique sanitaire d'un pays.

CHAPITRE II

LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES EN FRANCE ET DANS LES COLONIES

Dès le début du XIX^e siècle, on avait senti en France la nécessité de rendre obligatoire la déclaration des maladies contagieuses pour les combattre plus efficacement. L'article 13 de la loi du 3 Mars 1822 (1) prescrivait à tout individu ayant connaissance d'un symptôme de maladie pestilentielle de le déclarer.

Mais il faut arriver à la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, que le décret du 7 Avril 1896 a rendue applicable à l'Algérie, pour que la déclaration obligatoire des maladies contagieuses devienne une institution régulière et précise. La liste des maladies auxquelles l'obligation s'appliquait avait été établie par l'article premier de l'arrêté ministériel du 23 Novembre 1893. Elle comprenait les maladies suivantes : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole et varioloïde,

(1) On trouvera plus loin les textes des articles auxquels il est fait allusion.

scarlatine, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales lorsque le secret de la grossesse n'aura pas été réclamé, ophtalmie des nouveaux-nés.

Mais, comme nous l'avons dit, la déclaration n'a de valeur et d'efficacité que si elle provoque l'application de mesures prophylactiques appropriées. Or, en 1892, notre loi sur la santé publique n'avait pas été promulguée. Il manquait le corollaire indispensable : l'organisation sanitaire nécessaire. A la vérité, quelques initiatives municipales avaient partiellement donné satisfaction à ce desideratum. Nancy et le Havre étaient pourvus d'un Bureau d'Hygiène, dès 1879, avec les attributions nécessaires pour appliquer des mesures prophylactiques contre les maladies déclarées (désinfection, etc.) Reims en 1881, Rouen en 1883, Saint-Etienne et Amiens en 1884, et un certain nombre d'autres villes dans les années suivantes, pouvaient, grâce à des organismes analogues, donner aux déclarations de maladies contagieuses la suite logique qu'elles comportent.

Mais l'organisation générale ne date que de la promulgation de la loi du 15 Février 1902. Cette loi a consacré de nouveau le principe de la déclaration par son article 4 ainsi conçu :

« La liste des maladies auxquelles sont applicables
« les dispositions de la présente loi sera dressée, dans
« les six mois qui en suivront la promulgation, par un
« décret du Président de la République, rendu sur le
« rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de
« l'Académie de Médecine et du Comité consultatif
« d'Hygiène publique de France. Elle pourra être
« révisée dans la même forme. »

Ce texte reproduit en partie l'article 15 de la loi du

30 Novembre 1892. Il y a cependant quelques différences. C'est pâr décret présidentiel et non plus par arrêté ministériel que devra être dressée désormais la liste dont il s'agit. De plus, il est expressément spécifié qu'elle pourra être révisée dans la même forme. Le professeur Cornil, rapporteur de la Commission sénatoriale, avait insisté sur la nécessité d'inscrire la dernière phrase de cet article 4, qui permettra de revenir sur les oublis ou les erreurs et d'inscrire sur la liste telle ou telle maladie dont le caractère contagieux sera révélé par les progrès de l'épidémiologie. Enfin, l'article 4 a supprimé l'épithète d' « épidémiques » dont étaient qualifiées les maladies inscrites dans l'arrêté ministériel de 1893. Cette suppression est justifiée. Si l'on examine les diverses épithètes qui pourraient être utilisées, telles que « épidémiques, infectieuses, contagieuses, transmissibles, endémo-épidémiques », on n'en trouve aucune qui ait une signification suffisamment compréhensive pour être appliquée exactement à toutes.

Pour l'établissement de la liste des maladies prévues, la question a été soumise ainsi que l'exige la loi, au Comité consultatif d'Hygiène publique de France où elle a fait l'objet d'un rapport du D^r Thoinot et à l'Académie de Médecine, dont le rapporteur a été le D^r Josias. En conformité des avis émis par ces assemblées, le Président de la République a signé le décret, en date du 10 Février 1903, qui détermine la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 25 Février 1902, une circulaire du ministre de l'Intérieur aux préfets, en date du 5 Juin 1903 a formulé les instructions que comportait l'application de l'article 4, ainsi que du suivant (art. 5) relatifs à la déclaration obligatoire des cas de maladies.

La liste du décret de 1903 se distingue de celle qui avait été dressée en application de l'article 15 de la loi du 30 Novembre 1892, en ce qu'elle comprend deux parties, l'une consacrée aux maladies dont la déclaration est obligatoire, l'autre dont la déclaration est facultative.

Le décret du 28 Septembre 1916 a modifié la liste, en lui incorporant la poliomyélite antérieure aiguë et celui du 13 Octobre 1923, la fièvre ondulante et le trachôme.

Le décret du 1^{er} Janvier 1925 a substitué « les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes » à l'appellation antérieure « la fièvre typhoïde ».

Actuellement la liste des maladies soumises à la déclaration en France est la suivante :

1^{re} Maladies à déclaration obligatoire :

- 1^o Fièvres typhoïde et paratyphoïdes ;
- 2^o Typhus exanthématique ;
- 3^o Variole et varioloïde ;
- 4^o Scarlatine ;
- 5^o Rougeole ;
- 6^o Diphtérie ;
- 7^o Suettes miliaires ;
- 8^o Choléra et maladies cholériformes ;
- 9^o Peste ;
- 10^o Fièvre jaune ;
- 11^o Dysenterie ;
- 12^o Infection puerpérale et ophtalmie des nouveaux-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ;
- 13^o Méningite cérébro-spinale épidémique ;
- 14^o Poliomyélite antérieure aiguë ;
- 15^o Trachôme ;
- 16^o Fièvre ondulante (méliococcie).

2° Maladies à déclaration facultative :

- A. — Tuberculose pulmonaire ;
- B. — Coqueluche ;
- C. — Grippe ;
- D. — Pneumonie et Broncho-pneumonie ;
- E. — Erysipèle ;
- F. — Oreillons ;
- G. — Lèpre ;
- H. — Teigne.

Pourquoi le législateur a-t-il divisé ainsi les maladies à déclarer en deux catégories? Cette distinction qui n'existe guère que dans la législation française (voir plus loin) ne se justifie guère de prime abord. Elle est la conséquence de l'obligation de la désinfection pour toutes les maladies à déclaration obligatoire. Et surtout le législateur a craint les difficultés qu'entraînerait, dans l'état actuel de nos mœurs et de l'organisation sanitaire, la déclaration obligatoire de la tuberculose. Il a pensé concilier tous les intérêts en présence, en rendant facultative la déclaration de cette maladie, qui se trouverait ainsi soumise à l'action publique toutes les fois que cette action pourra efficacement et utilement l'atteindre, et non pas aveuglément sans aucune chance de succès comme cela aurait lieu si la déclaration était obligatoire. Nous verrons ultérieurement ce que nous devons penser de ces questions.

Quoiqu'il en soit, dans l'état actuel de notre législation, les médecins praticiens ne sont soumis à l'obligation que pour les maladies de la première catégorie. Pour celles de la seconde, ils doivent, en principe, se mettre au préalable d'accord avec les familles au sujet de la déclaration, puisque la loi ne les obligeant pas à

déclarer, ne les relève pas du secret professionnel en ce qui concerne ces maladies. Cette déclaration pourra et devra être accompagnée d'une demande de désinfection, seule mesure de prophylaxie immédiate légale. L'article 2 du décret du 10 Février 1903 formule à cet égard la disposition suivante :

« Pour les maladies mentionnées dans la deuxième
« partie de la liste ci-dessus, il est procédé à la désinfection
« après entente avec les intéressés, soit sur la
« déclaration des praticiens visés à l'article 5 de la loi
« du 15 Février 1902, soit à la demande des familles,
« des chefs de collectivité publique ou privée, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance,
« sans préjudice de toutes autres mesures prophylactiques
« déterminées par le règlement sanitaire prévu à
« l'article premier de ladite loi. »

En somme, l'application des prescriptions de la loi aux maladies de la seconde catégorie est facultative pour les particuliers, en ce sens qu'elle résultera de leur demande ou de leur consentement préalables ; par contre l'autorité administrative est obligée d'assurer les mesures, dès que les particuliers les demandent.

*
**

La loi du 15 Février 1902 n'a pas abrogé celle du 3 Mars 1922 s'appliquant aux maladies dites « pestilentielles » : choléra, peste et fièvre jaune. Cette loi introduit l'obligation pour le médecin, le chef de famille ou le logeur (voir chapitre V) de déclarer les *cas suspects*. L'article 7 du décret du 1^{er} Août 1910 qui est

la dernière application en date (1) de la loi du 22 Mars 1922 est, en effet, ainsi conçu :

« Tout cas de maladie, soupçonné d'être le choléra doit être immédiatement déclaré à la mairie, soit par le médecin qui en a constaté l'existence, soit à défaut par le chef de famille, par les personnes qui soignent le malade ou par celles qui le logeraient. »

*
**

La France, puissance coloniale de premier ordre, ne pouvait se désintéresser de la lutte contre les maladies contagieuses sur les différents territoires soumis à son autorité ou à son protectorat. Aussi a-t-elle étendu à la plupart de ses colonies la déclaration obligatoire des maladies contagieuses en en modifiant la liste pour mieux l'adopter aux besoins de la défense sanitaire dans chacune d'elles.

Voici la liste des maladies à déclaration obligatoire pour quelques-unes de nos colonies.

Algérie. — Comme on sait, le décret du 5 Août 1908 a étendu à l'Algérie les dispositions de la Loi française du 15 février 1902, relative à la Santé publique. Un décret du 19 mai 1911 a déterminé pour cette colonie la liste des maladies à déclaration et désinfection obligatoires ou facultatives.

PREMIÈRE PARTIE

*Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection
sont obligatoires*

1° Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ; 2° typhus exan-

(1) Décret relatif aux mesures sanitaires prises à titre préventif, en vue d'éviter l'importation du choléra en France.

thématique ; 3° variole et varioloïde ; 4° scarlatine ; 5° rougeole ; 6° diphtérie ; 7° suette militaire ; 8° choléra et maladies cholériques ; 9° peste ; 10° fièvre jaune ; 11° dysenterie ; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveaux-nés quand le secret de l'accouchement n'aura pas été réclamé ; 13° méningite cérébro-spinale épidémique ; 14° fièvre récurrente ; 15° fièvre méditerranéenne ou de Malte ; 16° maladies à trypanosomes ou à piroplasmes ; 17° lèpre ; 18° conjonctivite purulente et ophtalmie granuleuse.

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative

19° Tuberculose pulmonaire ; 20° coqueluche ; 21° grippe ; 22° pneumonie et broncho-pneumonie ; 23° érysipèle ; 24° oreillons ; 25° teigne ; 26° paludisme.

Ajoutons que les dispositions du décret du 14 août 1914 (voir plus loin) ont été étendues à l'Algérie par décret du 13 octobre 1914.

Guadeloupe - Martinique - Réunion. — Le décret du 7 Janvier 1921 a établi pour ces colonies la liste suivante des maladies à déclaration obligatoire :

PREMIÈRE PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires

La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes ;
Le typhus exanthématique ;
La variole et la varioloïde ;
La scarlatine ;
La diphtérie (croup et angine couenneuse) ;
La suette militaire ;
Le choléra et les maladies cholériques ;
La dysenterie (amibienne, bacillaire, etc) ;
La peste ;
Les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ;
L'ophtalmie des nouveaux-nés ;

La rougeole ;
La fièvre de Malte ou ondulante ;
La lèpre ;
La fièvre récurrente ;
La méningite cérébro-spinale épidémique.
La trypanosomiasse humaine (maladie du sommeil) ;
La piroplamose aiguë ou splénomégalie tropicale (Kala-Azar).

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative

La tuberculose pulmonaire ;
La coqueluche ;
La grippe ;
La pneumonie et la broncho-pneumonie ;
L'érysipèle ;
Les oreillons ;
La teigne ;
La conjonctivite purulente et l'ophtalmie granuleuse ;
Le paludisme ;
La filariose ;
La bilharziose.

Tunisie. — Dans ce pays, la liste des maladies à déclaration obligatoire est actuellement fixée ainsi (décret du 15 mai 1922) :

PREMIÈRE PARTIE

*Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection
sont obligatoires*

1° Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ; 2° typhus ; 3° variole ;
4° scarlatine ; 6° diphtérie ; 8° choléra ; 9° peste ; 10° fièvre jaune ;
11° dysenteries amibienne et bacillaire ; 13° méningite cérébro-spinale épidémique ; 14° poliomyélite antérieure aiguë ; 15° fièvre récurrente ; 16° fièvre méditerranéenne ; 18° lèpre.

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative

A) Rougeole ; B) infection puerpérale, lorsque le secret de l'ac-

couchement n'est pas demandé ; C) grippe épidémique ; D) encéphalite léthargique ; E) tuberculose ouverte ; F) coqueluche ; G) oreillons ; H) rage ; I) teignes ; J) paludisme ; K) trachome ; L) Kala-Azar.

Cette liste, comme on le voit, a été établie sur le type de celle qui existe en France, mais avec des modifications intéressantes.

CHAPITRE III

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES A L'ÉTRANGER

Tous les pays civilisés se sont rendus compte de la nécessité d'exiger la déclaration des maladies contagieuses. C'est à des époques plus ou moins tardives qu'ils ont inscrit cette obligation dans leur législation et souvent ce sont les pays les plus tard venus, comme ceux issus de la dernière guerre, qui ont, à ce point de vue la législation la meilleure. Il est intéressant de passer en revue, pour permettre des comparaisons, ce qui existe dans les principaux pays, au point de vue qui nous occupe.

Allemagne. — La liste des maladies à déclaration obligatoire inscrite à l'article premier de la Loi d'Empire du 30 juin 1900 est incomplète. Elle ne comprend que la *lèpre*, le *choléra*, le *typhus exanthématique*, la *fièvre jaune*, la *peste*, la *variolo*. Par ordonnance du 28 septembre 1909, le chancelier a étendu la déclaration obligatoire au *charbon*. Mais cette liste a été complétée par les lois particulières aux différents Etats.

En Prusse, outre les maladies précitées, la déclaration doit être effectuée dans les cas de *diphthérie*, de *méningite cérébro-spinale épidémique*, de *fièvre puerpérale*, de *conjonctivite granuleuse* (granulose, trachome), de *fièvre récurrente*, de *dysenterie*, de *scarlatine*, de *fièvre typhoïde*, de *charbon*, de *morve*, de *rage*, de *blessures* provenant de morsures faites par les *animaux enragés ou suspects*, l'*intoxication* par les viandes, les poissons et les saucissons, la *trichinose* (loi du 28 août 1905).

En Bavière, le décret du 8 mai 1911 divise la liste des maladies à déclarer en deux catégories : 1° celle des maladies dont la déclaration est obligatoire sans restriction : *choléra*, *méningite cérébro-spinale épidémique*, *fièvre puerpérale*, *charbon*, *variole*, *fièvre récurrente*, *rage*, *trichinose* et *typhus* ;

2° Celle des maladies dont la déclaration est obligatoire seulement quand l'une d'elles prend un caractère épidémique de grande intensité : *conjonctivite granuleuse*, *diphthérie*, *influenza*, *coqueluche*, *rougeole*, *scarlatine*.

Depuis 1914, la *paralysie infantile* est à déclaration obligatoire.

Dans le Wurtemberg, le principe de la déclaration des maladies contagieuses était posé, dès 1830 (paragraphe 4 du décret du 14 octobre 1830). Successivement, une série de maladies sont inscrites dans la liste. On y trouve même la *gale*, dont la déclaration ne présente guère d'intérêt.

Dans le Grand-Duché de Mecklinbourg-Schwerin, dont la constitution était restée véritablement féodale, jusqu'à la révolution allemande de 1918, et le vote de la constitution de Weimar le 11 août 1919, l'ordonnance médicale de 1830 impose aux médecins de déclarer sans retard au « *Physicus* » du cercle les cas de *maladies épidémiques* dont ils apprendront l'existence. Depuis le 25 août 1886, les médecins ont le devoir de déclarer tout cas de *diphthérie*. Le décret du 13 mars 1888 exige la déclaration, en plus de la *diphthérie* des cas de *typhus exanthématique*, de *charbon*, de *variole*, d'*érysipèle*, de *fièvre récurrente*, de la *dysenterie épidémique*, de la *scarlatine* et de *fièvre typhoïde*. Des décrets successifs rendent la liste très complète.

Sachsen-Altenburg est le premier Etat de l'Allemagne qui ait exigé la déclaration de la *tuberculose*, dans certaines conditions (1899), exemple suivi par la Saxe (1900), le Duché de Bade (1902), Oldenbourg, l'Etat de Gotha, Schwarzbouurg-Rudolstadt (1914).

Nous ne pouvons naturellement énumérer les listes des maladies à déclaration obligatoire de tous les Etats du *Reich*. Par décrets successifs, des additions les ont rendues très comparables. Mais il serait évidemment souhaitable pour ce pays qu'une réglementation uniforme intervînt pour toute l'étendue de son territoire.

Angleterre et Pays de Galles. — C'est la loi du 30 Août 1889, relative à la notification des maladies infectieuses qui a institué la déclaration obligatoire. Limitée d'abord par cette loi au district de Londres et à quelques autres, elle a été étendue à tout le royaume d'Angleterre et au pays de Galles par la loi du 20 juin 1899. Sont comprises dans la liste des maladies à déclaration obligatoire : la *variole*, le *choléra*, la *diphtérie*, le *croup membraneux*, l'*érysipèle*, la maladie connue sous le nom de *scarlatine* ou de *fièvre scarlatine* et les fièvres contenues sous l'un quelconque des noms suivants : *typhus*, *fièvre typhoïde*, *fièvre entérique*, *fièvre récurrente*, *fièvre continue* ou *fièvre puerpérale*. La loi donne également à l'autorité locale le droit d'ajouter à la liste toutes autres maladies infectieuses, lorsque le nombre de cas semble justifier cette procédure.

Des « acts » successifs ont ajouté à la liste primitive un certain nombre d'autres maladies contagieuses. En 1924, les maladies dont la déclaration est obligatoire sont :

Variole ; varicelle ; typhus ; fièvre des tranchées ; fièvre typhoïde ; choléra ; dysenterie ; paludisme ; croup membraneux ; fièvre scarlatine ; scarlatine ; fièvre continue ; fièvre puerpérale ; érysipèle ; tuberculose sous toutes ses formes ; pneumonie au premier degré aiguë ; pneumonie grippale aiguë ; ophtalmie des nouveau-nés ; encéphalite léthargique ; poliomyélite ; méningite cérébro-spinale épidémique.

Il faut se souvenir, toutefois, que cette liste est sujette à de fréquentes modifications dues à l'initiative des autorités législatives et locales.

Autriche. — Aux termes de la loi du 14 avril 1913, relative aux mesures de prophylaxie et à la lutte contre les maladies infectieuses, les maladies suivantes ont été soumises à la déclaration

obligatoire : 1° *scarlatine*; 2° *diphthérie* ; 3° *typhus abdominal* ; 4° *dysenterie* ; 5° *méningite cérébro-spinale épidémique* ; 6° *fièvre puerpérale* ; 7° *typhus exanthématique* ; 8° *variole* ; 9° *choléra asiatique* ; 10° *peste* ; 11° *fièvre récurrente* ; 12° *lèpre* ; 13° *trachôme* ; 14° *fièvre jaune* ; 15° *anthrax* ; 16° *morve* ; 17° *rage*, ainsi que les morsures causées par des animaux atteints ou suspects de rage.

Un certain nombre de maladies ont été omises : grippe, paludisme, paralysie infantile spinale, etc. Mais cette lacune est comblée par les dispositions de la loi du 14 avril 1913, qui autorise expressément le Gouvernement à soumettre à la déclaration obligatoire d'autres maladies, « lorsqu'elles sont accompagnées de symptômes, ou se déclarent dans des circonstances qui font craindre qu'elles ne prennent un caractère dangereux ou une extension générale. »

En vertu de cette disposition, un certain nombre de maladies infectieuses ont été soumises à la déclaration obligatoire, dans différentes provinces : la *paralysie infantile spinale*, en *Carinthie*, par arrêté du 9 septembre 1913 ; le *paludisme*, dans la *Basse-Autriche*, par décret du 17 décembre 1917 ; l'*érysipèle* dans le *Tyrol*, par arrêté du 29 mars 1920 ; la *grippe*, à *Vienne*, par arrêté du 28 janvier 1920.

La *tuberculose* et la *syphilis* doivent faire l'objet d'une réglementation législative spéciale.

Belgique. — Jusqu'en 1915, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses n'existait pas, sauf pour les cas de choléra ou suspects d'être le choléra ou suspects d'être le choléra (diarrhée cholériforme, choléra nostras, etc.) (arrêté royal du 30 juillet 1893) et les cas de peste ou suspects d'être un cas de peste (arrêté royal du 18 novembre 1899). L'article 23 de l'arrêté royal du 31 mai 1885 *engageait* simplement les médecins à déclarer les maladies transmissibles ou épidémiques à l'administration communale. Une circulaire du 12 avril 1907 attire encore l'attention des médecins sur l'intérêt de la déclaration.

L'arrêté-loi du 13 février 1915, complété par l'arrêté ministériel du 24 décembre 1918 *rend obligatoire* la déclaration des maladies suivantes : 1° la *fièvre typhoïde* ; 2° le *typhus exanthématique* ; 3° la *variole* et la *varioloïde* ; 4° la *scarlatine* ; 5° la *diphthérie*

(croup et angine couenneuse) ; 6° la *dysenterie*. Les arrêtés spéciaux concernant le *choléra* et la *peste* signalés plus haut restent en vigueur.

Brésil. — L'article 145 du règlement concernant les services sanitaires de l'Union, approuvé par le décret présidentiel n° 5.156 du 8 mars 1904, a rendu obligatoire la déclaration des maladies suivantes : 1° la *fièvre jaune* ; 2° la *peste* ; 3° le *choléra* et les *maladies cholériformes* ; 4° la *variole* ; 5° la *diphtérie* ; 6° l'*infection puerpérale* dans les maternités ; 7° l'*ophtalmie des nouveaux-nés* dans les maternités, crèches et établissements analogues ; 8° le *typhus* et la *fièvre typhoïde* ; 9° la *lèpre* ; 10° la *tuberculose*, quand il y a élimination du bacille spécifique ; 11° le *paludisme* ; 12° la *scarlatine* et la *rougeole*, quand elles se déclarent dans les collèges, et autres établissements analogues ; 13° le *béribéri*.

Danemark. — Dans ce pays, dès le XVIII^e siècle, un organe connu sous le nom de « Collège Médical », a commencé à réclamer la déclaration des maladies infectieuses pour des motifs d'ordre sanitaire. Les maladies faisant l'objet d'une déclaration obligatoire n'ont, pour ainsi dire, que peu varié depuis 1860. Actuellement, ce sont les suivantes :

1° Febris typhoïdes ; 2° méningitis cérébro-spinalis epidemica ; 3° diphteria (et croup) ; 4° scarlatina ; 5° morbilli ; 6° tussis convulsiva ; 7° angina parotidea ; 8° erysipelas ; 9° febris puerperalis ; 10° tetanus (et trismus neonatorum) ; 11° pemphigus neonatorum ; 12° febris intermittens ; 13° febris rheumatica ; 14° pneumonia crouposa ; 15° tuberculosis pulmonum et laryngis ; 16° tracheo-bronchitis ; 17° bronchopneumonia et bronchitis capillaris ; 18° grippe ; 19° angina tonsillaris ; 20° cholérine et catarrhus intestinalis acutus ; 21°, 22°, 23° alii mordi epidemici ; 24° gonorrhoea ; 25° ulcus venereum ; 26° syphilis acquisita (e coitu impure) ; 27° Syphilis congenita ; 29° scabies ; 30° delirium tremens.

Il est à remarquer l'ancienneté de l'obligation de la déclaration dans ce pays et la présence dans cette liste des maladies telles que la tuberculose, les maladies vénériennes et même l'alcoolisme sous sa forme de delirium tremens.

Espagne. — L'établissement définitif de la déclaration des maladies contagieuses en Espagne est dû à la loi sanitaire générale de 1904. Étaient soumises à l'obligation les maladies suivantes :

Choléra ; fièvre jaune ; typhus exanthématique ; fièvre typhoïde ; dysenterie ; peste bubonique ; variole ; varicelle ; méningite cérébro-spinale épidémique ; septicémie et particulièrement la septicémie puerpérale ; coqueluche ; grippe ; tuberculose.

Un décret royal de janvier 1909 a réglé à nouveau toute la question des maladies infectieuses. Aux termes de ce décret, les maladies dont la déclaration est obligatoire ont été divisées en deux catégories :

Maladies exotiques : Peste ; choléra ; fièvre jaune.

Autres maladies infectieuses : Typhus exanthématique ; fièvre typhoïde ; variole ; varicelle ; diphtérie ; fièvre scarlatine ; rougeole ; méningite cérébro-spinale épidémique ; septicémie, particulièrement la septicémie puerpérale ; coqueluche ; grippe ; tuberculose ; paralysie infantile ; lèpre ; trachome ; maladies parasitaires des enfants ; encéphalite léthargique (mai 1920).

Etats-Unis. — Dans la grande république fédérative américaine, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses existe dans presque tous les Etats. Mais il y a des différences considérables suivant chacun d'eux, au point de la liste des maladies à déclarer aussi bien d'ailleurs qu'au point de vue du mode de déclaration, de l'autorité qui doit la recevoir, des personnes à qui elle incombe, etc.

Les Etats qui possèdent la liste la plus complète sont l'Etat de *Californie* : 1) choléra ; 2) peste ; 3) fièvre jaune ; 4) lèpre ; 5) diphtérie ; 6) scarlatine ; 7) variole ; 8) typhus exanthématique ; 9) fièvre typhoïde ; 10) anthrax ; 11) morve ; 12) méningite cérébro-spinale épidémique ; 13) tuberculose ; 14) pneumonie ; 15) dysenterie ; 16) érysipèle ; 17) uncinariose ; 18) trachome ; 19) dengue ; 20) tétanos ; 21) rougeole ; 22) roséole ; 23) varioloïde ; 24) coqueluche ; 25) oreillons ; 26) pellagre ; 27) hériberi ; 28) syphilis ; 29) infection gonococcique ; 30) hydrophobie ; 31) poliomyélite,

Et celui de *Pensylvanie* : 1) acitnomyose ; 2) anthrax ; 3) peste ; 4) méningite cérébro-spinale ; 5) varioloïde ; 6) choléra ; 7) diphtérie ; 8) dysenterie ; 9) érysipèle ; 10) *german measles* ;

11) morve ; 12) uncinariose ; 13) lèpre ; 14) malaria ; 15) rougeole ; 16) oreillons ; 17) pellagre ; 18) pneumonie ; 19) poliomyélite ; 20) fièvre puerpérale ; 21) hydrophobie ; 22) fièvre récurrente ; 23) scarlatine ; 24) variole ; 25) tétanos ; 26) trachome ; 27) trichinose ; 28) tuberculose ; 29) fièvre typhoïde ; 30) typhus exanthématique ; 31) coqueluche ; 32) fièvre jaune.

Dans d'autres Etats, il n'y a pas de liste (Oklahoma, Dakota septentrional, Delaware), la déclaration doit se faire pour toutes les maladies contagieuses, sans qu'elles soient spécifiées.

Dans l'Arkansas, enfin, la loi fait une obligation au service sanitaire de l'Etat d'exercer simplement un contrôle général sur l'enregistrement des maladies dominantes.

Mais pour prévenir l'introduction des maladies contagieuses ou infectieuses d'un Etat ou Territoire des Etats-Unis dans un autre, un règlement sanitaire promulgué le 15 janvier 1916 exige, pour l'application des mesures prophylactiques nécessaires, la déclaration des maladies suivantes sur tout le territoire de l'Union, dans certaines éventualités : la peste, le choléra, la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire, la fièvre jaune, la variole, la lèpre, le typhus exanthématique, la fièvre scarlatine, la diphtérie, la rougeole, la coqueluche, la poliomyélite (paralysie infantile), la fièvre pétéchiale ou à tiques des Montagnes-Rocheuses, et la méningite cérébro-spinale épidémique.

Grand Duché de Luxembourg. — En vertu de l'article 1^{er} de la loi du 27 juin 1906 concernant la protection de la santé publique, une liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire a été promulguée dans l'arrêté ministériel du 21 août 1908. Ces maladies sont les suivantes : la *fièvre typhoïde*, le *typhus exanthématique*, la *varioloïde* et la *varioloïde*, la *scarlatine*, la *diphtérie*, le *choléra*, la *peste*, la *dysenterie*, les *infections puerpérales*, la *méningite cérébro-spinale épidémique* et la *tuberculose pulmonaire* ou *laryngée* suivie de décès.

Canada. — Au Canada, les neuf provinces que comprend le Dominion ont chacune leur organisation sanitaire autonome. Voici, à titre d'exemple, la province de *Québec*. La déclaration des maladies transmissibles date, dans cette province, de 1886, année où fut promulguée la loi sur l'hygiène publique, qui a pourvu pour la pre-

mière fois, à un organisme provincial permanent. La première liste des maladies à déclaration obligatoire a été remaniée à maintes reprises depuis cette époque. En 1922, les lois sur l'hygiène ont été complètement refondues et la liste remaniée :

Variole ; varioloïde ; choléra asiatique ; peste ; typhus ; diphtérie ; croup ; scarlatine ; fièvre typhoïde ; fièvres paratyphoïdes ; grippe ; rougeole ; tuberculose ; lèpre ; méningite cérébro-spinale épidémique ; paralysie infantile ; coqueluche ; rubéole ; varicelle ; ophthalmie purulente des nouveaux-nés.

Le lieutenant-gouverneur peut, après avis du Conseil provincial, faire paraître des règlements rendant obligatoire la déclaration d'autres maladies contagieuses.

Hongrie. — Au terme des arrêtés ministériels actuellement en vigueur dans le pays, la déclaration est obligatoire pour les maladies infectieuses suivantes :

a) Maladies endémiques : diphtérie et croup, fièvre scarlatine, rougeole, toutes les espèces de variole, typhus exanthématique, fièvre typhoïde, dysenterie, choléra nostras, méningite cérébro-spinale épidémique, coqueluche, parotidite épidémique, ophthalmie granuleuse, fièvre puerpérale, poliomyélite antérieure aiguë, fièvre récurrente, encéphalite léthargique, paratyphus ;

b) Maladies infectieuses importées de l'étranger : peste, choléra, fièvre jaune ;

c) Maladies non infectieuses : pellagre, ankylostomiase ;

d) Les cas de morsures par les chiens enragés.

Italie. — Les articles 45 à 50 de la loi du 22 Décembre 1888 sur la Protection de l'Hygiène et de la Santé publique établissent dans ce pays la déclaration obligatoire de toute maladie infectieuse, mais sans donner de liste nominative. La loi sanitaire du 1^{er} août 1907 ne fait que confirmer les dispositions de la loi précédente.

Pays-Bas. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses est de date ancienne dans ce pays. L'article 6 de la loi du 1^{er} juin 1865 exigeait déjà, en effet, que tout médecin constatant un cas de maladie de nature à compromettre la santé publique, en

donne immédiatement avis et au plus tard dans les trois jours, à l'Inspecteur principal de leur district et aux bourgmestres et échevins de leur commune.

La loi du 4 décembre 1872, concernant les maladies contagieuses a précisé une liste de maladies à déclaration obligatoire qui est la suivante : a) *choléra asiatique* ; b) *typhus et fièvre typhoïde* ; c) *variole et varioloïde* ; d) *scarlatine* ; e) *diphtérie* ; f) *dysenterie* ; g) *peste*. Depuis 1906, une série de décrets, pris chaque année, assimile la *méningite cérébro-spinale épidémique* aux maladies précédentes.

Portugal. — C'est l'article 60 du décret du 24 Décembre 1901 portant « Règlement général des Services de la Santé et de la Bienfaisance publiques » qui rend obligatoire la déclaration des maladies contagieuses dans ce pays et en établit la liste, ainsi qu'il suit : *fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, scarlatine, diphtérie, lèpre, tuberculose, méningite cérébro-spinale, coqueluche, rage, morve*, ainsi que tout cas suspect de *peste, choléra ou fièvre jaune*, et également toute autre maladie infectieuse ou épidémique pouvant présenter un danger pour la santé publique où qu'il importe de connaître au point de vue sanitaire.

La loi prévoit que d'autres maladies non mentionnées dans la liste précitée pourront y être ajoutées, et depuis le vote de la loi de 1910, la *grippe, l'encéphalite léthargique, la poliomyélite, la fièvre de malte et la pneumonie* ont également été soumises à la déclaration obligatoire.

Pologne. — L'article 3 de la loi du 25 Juillet 1919 concernant la lutte contre les maladies infectieuses rend obligatoire la déclaration des maladies suivantes :

a) Maladies contagieuses, aiguës :

1) la peste (*pestis*) ; 2) la variole (*variola, variolois*) ; 3) le choléra asiatique (*choléra asiatica*) ; 4) le typhus abdominal et le pseudo-typhus (*typhus abdominalis et paratyphus*) ; 5) le typhus exanthématique (*typhus exanthematicus*) ; 6) le typhus récurrent (*typhus recurreus*) ; 7) la dysenterie (*dysenteria*) ; 8) la scarlatine (*scarlatina*) ; 9) la diphtérie (*diphtéria*) ; 10) la méningite cérébro-spinale épidémique (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*) ; 11) la

rougeole (*morbili*) ; 12) l'érysipèle (*érysipelas*) ; 13) la coqueluche (*pertussis*) ; 14) malaria (*malaria*) ; 15) la fièvre puerpérale (*sepsis puerperalis*) ;

b) Maladies contagieuses chroniques, à savoir :

1) la lèpre (*lepra*) ; 2) la tuberculose (*tuberculosis*) dans des cas dangereux pour l'entourage ; 3) le trachome (*trachoma*) conformément à la loi spéciale ;

c) Maladies aiguës et chroniques, provenant d'animaux, à savoir :

1) charbon (*anthrax*) ; 2) morve (*maleus*) ; 3) trichinose (*trichinosis*) ; 4) hydrophobie (*rabies*), en cas de morsure par des animaux atteints de la rage ou bien suspects de rage ; 5) l'empoisonnement en masse par le fait de consommation de viande ou de poisson (*botulismus*) et par des produits chimiques, etc.

République Argentine. — Actuellement, la déclaration est obligatoire pour les maladies suivantes : variole, scarlatine, rougeole, diphtérie et croup, coqueluche, fièvre typhoïde, lèpre, tuberculose pulmonaire, méningite cérébro-spinale épidémique, choléra asiatique et maladies cholériformes, fièvre jaune, peste bubonique, typhus exanthématique, ophthalmie granuleuse.

Royaume des Serbes, Croates et Slovènes. — Le ministère de la Santé publique, créé en 1919 et dont les attributions ont été définitivement réglées par la loi du 21 novembre 1921 a publié un règlement sur la déclaration des maladies contagieuses et arrêté la liste suivante, actuellement en vigueur :

Choléra	Rougeole
Peste	Diphtérie
Fièvre jaune	Méningite
Variole	Encéphalite léthargique
Typhus	Coqueluche
Fièvre typhoïde	Erysipèle
Fièvre récurrente	Tétanos
Dysenterie	Charbon
Scarlatine	Lèpre
	Fièvre de Malte
	Oreillons

Suède. — Dans ce pays, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses a été établie par l'article 2 de l'ordonnance royale du 15 mai 1875, relative aux mesures contre l'introduction et la propagation des maladies contagieuses parmi les habitants du Royaume.

La loi du 19 juin 1919 sur les épidémies a abrogé les dispositions de la loi antérieure et des décrets subséquents et a fixé ainsi la liste des maladies à déclaration obligatoire : *peste, choléra, variole, typhus, fièvre typhoïde, ou paratyphoïde, scarlatine, diphtérie, paralysie infantile aiguë, méningite cérébro-spinale épidémique, dysenterie*.

La tuberculose et la syphilis qui font l'objet d'une réglementation spéciale sont des maladies à déclaration obligatoire, depuis longtemps dans ce pays.

Suisse. — La loi fédérale sur les épidémies du 2 Juillet 1886 ne prescrit la déclaration obligatoire que pour la *variole*, le *choléra*, le *typhus exanthématique* et la *peste*. Pour les autres maladies transmissibles, la déclaration était réglée jusqu'à ces dernières années par les législations cantonales.

Au début de la guerre de 1914-1918, le Conseil fédéral a été amené à prendre un certain nombre de mesures pour prévenir la propagation des épidémies et à rendre obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses (arrêts fédéraux du 27 octobre 1914, 27 août 1917, 11 octobre 1918, 22 septembre 1919, 14 février 1920).

La loi du 18 février 1921, portant modification de la loi fédérale du 2 juillet 1886, a autorisé le Conseil fédéral à étendre l'application des dispositions de cette loi à d'autres maladies transmissibles que celles qu'elle vise expressément.

L'arrêté du 23 août 1921, pris en vertu de la nouvelle loi, a fait passer dans la législation la substance des cinq arrêts énumérés ci-dessus.

Il déclare obligatoire la déclaration des maladies suivantes : *Variole, choléra, typhus exanthématique, peste, dysenterie épidémique, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, paratyphus, méningite cérébro-spinale épidémique, paralysie spinale infantile aiguë*

(*poliomyélite antérieure aiguë*), *encéphalite léthargique*, *influenza*, *malaria*, *lèpre* et *trachôme*.

L'arrêté répartit ces maladies en deux catégories : d'une part, celles qui sont considérées comme particulièrement dangereuses (*variole*, *choléra*, *typhus exanthématique*, *peste* et *dysenterie épidémique*) et dont la déclaration doit être strictement réglée (article 2 de l'arrêté) ; d'autre part, les maladies concrètes ou peu contagieuses, pour lesquelles on peut se contenter, quant à leur déclaration, d'une réglementation moins minutieuse, le soin de fixer les modalités de celle-ci étant laissé aux cantons.

Ajoutons que certains cantons soumettent à la déclaration obligatoire d'autres maladies encore que celles visées par l'arrêté du Conseil fédéral : *varicelle*, *rubéole*, *érysipèle*, *rougeole*, *coqueluche*, *parotidite*, *fièvre puerpérale*, etc.

Vénézuëla. — Le Président de la République, conformément à l'article 12 de la Loi Sanitaire nationale du 24 juin 1920, a décrété un règlement, en date du 28 janvier 1921, sur la notification et la prophylaxie des maladies, qui rend obligatoire la déclaration des maladies suivantes :

Premier groupe. — *Maladies contagieuses*

Actinomycose ; ankylostomiase, charbon, choléra asiatique et diarrhées cholériformes, coqueluche, dengue, diphtérie, et en général toute sorte d'angines, en spécifiant le cas si possible ; dysenterie, quelle qu'en soit la cause, et en spécifiant celle-ci si possible ; encéphalite, l'érysipèle, favus, fièvre jaune, fièvre puerpérale, fièvre récurrente, fièvre ondulante, fièvre scarlatine, fièvre typhoïde et paratyphoïdes, fièvres de tout genre d'une durée de plus de quatre jours, *grippe* ou *influenza*, méningite en spécifiant sa forme si possible, morve et farcin, ophtalmie blennorrhagique, ophtalmie des nouveaux-nés, parotidite, paludisme, en spécifiant la forme ; peste bubonique, pneumonie, poliomyélite, rage, rougeole, tétanos infantile ou toute autre forme, typhus exanthématique, trachome trichinose, tuberculose sous toutes ses formes et en spécifiant la région ou l'organe atteint, variole.

Deuxième groupe. — *Maladies d'origine inconnue* ..

Béribéri, cancer, pellagre.

Uruguay. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses existe dans ce pays depuis l'ordonnance du 28 juillet 1896. La liste des maladies à déclarer est la suivante : la *fièvre jaune*, le *choléra (asiatique ou indien)*, la *diphthérie*, le *béribéri*, la *variole*, la *varioloïde*, la *varicelle*, la *rougeole*, la *fièvre scarlatine*, la *coqueluche*, la *fièvre typhoïde*, le *typhus exanthématique*, les *fièvres puerpérales*, l'*érysipèle*, la *tuberculose pulmonaire* et la *tuberculose laryngée*, la *lepre*.

Ont été ajoutés à cette liste postérieurement : la *peste bubonique* (Ordonnance du 2 février 1902) ; l'*adénite de cause inconnue* (4 mars 1902) ; le *purpura hémorrhagique* (10 septembre 1910) ; les *cas suspects de variole* (16 septembre 1912) ; la *méningite cérébro-spinale épidémique* (23 juin 1913) ; le *trachome* (12 octobre 1914) ; le *charbon* (10 mai 1916) ; la *poliomyélite aiguë* (11 janvier 1917) ; la *grippe* (14 avril 1919) ; l'*encéphalite léthargique* (28 juin 1920).

CHAPITRE IV

DISCUSSION ET CRITIQUE

§ 1. - **Maladies à déclaration obligatoire et à déclaration facultative**

Si l'on compare la liste française des maladies qui doivent être déclarées à celle des autres pays, on est frappé du fait qu'elle est la seule à être scindée en deux parties: l'une pour les maladies à déclaration obligatoire, l'autre pour celles dont la déclaration reste facultative.

La circulaire ministérielle du 5 Juin 1903 nous donne les raisons du *caractère facultatif* de la déclaration d'un certain nombre de maladies:

« L'établissement de ces deux catégories de maladies constitue une innovation importante (1); il accuse nettement le but poursuivi par le décret.

« Ce but est d'étendre au plus grand nombre possi-

(1) L'arrêté du 23 novembre 1893 ne comprenait qu'une catégorie de maladies au point de vue de la déclaration qui était obligatoire pour toutes celles de la liste.

« ble de cas le bénéfice des dispositions de la nouvelle
« loi, en reconnaissant aux praticiens, aux collectivités
« ou au public la faculté d'y recourir de leur plein gré,
« lorsqu'ils voudraient se défendre contre certaines
« maladies auxquelles ne pouvait être imposé, quant à
« présent, le régime de la déclaration et de la désinfection
« obligatoire.

« L'utilité de cette solution s'est manifestée avec
« évidence pour la plus meurtrière des maladies trans-
« missibles, la tuberculose pulmonaire.

« L'intérêt social qui s'attache à la désinfection de
« la tuberculose était proclamé par les rapporteurs du
« Comité consultatif d'Hygiène publique de France et
« de l'Académie de Médecine; mais tous deux étaient
« d'accord pour constater les difficultés pratiques
« devant résulter, pour rendre obligatoire cette déclara-
« tion, de l'état des mœurs, de la longue durée de la
« maladie et de l'insuffisance actuelle des services de
« désinfection. Tous deux enfin ont pensé — et les corps
« savants au nom desquels ils avaient étudiés la ques-
« tion ont été de leur avis — que, sans inscrire la tuber-
« culose pulmonaire ouverte dans les maladies devant
« faire obligatoirement l'objet d'une déclaration, on
« pouvait l'atteindre dans un grand nombre de cas,
« grâce à l'intervention des médecins, des chefs de col-
« lectivités, des administrations hospitalières ».

« M. Thoinot, rapporteur du Comité consultatif,
« s'exprime ainsi dans son rapport :

« Les maladies transmissibles auxquelles sont
« applicables les prescriptions de la loi du 15 Février
« 1902, en vertu de l'article 4 de ladite loi, seront divi-
« sées en deux catégories, suivant que ces prescriptions
« présentent ou non un caractère obligatoire,

« Dans la première catégorie rentrent toutes les
« maladies obligatoirement déclarables et obligatoire-
« ment soumises à la désinfection.

« Dans la deuxième, nous comprendrons les mala-
« dies transmissibles à caractère nettement contagieux,
« mais qui pour des raisons sérieuses diverses ne sau-
« raient rentrer actuellement dans la première caté-
« gorie. Ces maladies pourront être soumises aux
« mêmes mesures que celles qui sont applicables aux
« maladies comprises dans la première catégorie, telles
« que déclaration et désinfection, mais seulement lors-
« que ces mesures auront été sollicitées ou provoquées
« par le médecin, les familles, les chefs de collectivités
« publiques ou privées, les administrations hospitalières
« ou les bureaux d'assistance.

« La tuberculose pulmonaire ouverte est le type des
« maladies à comprendre dans cette catégorie.

« A la tuberculose, on peut ajouter d'autres
« maladies contagieuses qu'il eût été difficile d'inscrire
« dans le décret sans la division restrictive faite ci-
« dessus...

« M. le Docteur Josias, dans son rapport à l'Acadé-
« mie de Médecine, adhère dans les termes suivants à la
« solution proposée :

« Nous arrivons à cette conclusion que la déclara-
« tion de la tuberculose ne peut pas être obligatoire à
« l'heure actuelle.

« Nous ne croyons pas cependant devoir rester
« inactifs et nous en tenir à cette conclusion. Nous
« aboutirions à maintenir le *statu quo*, ce qui serait
« coupable à l'égard de tous les intérêts. Si des mesures
« radicales sont impossibles, il est permis de souscrire

« à des mesures de transition qui améliorent l'état
« actuel et préparent les réformes de l'avenir ».

« Ces mesures de transition sont précisément celles
« que nous soumet le Comité consultatif d'Hygiène, en
« établissant une liste de maladies à déclaration faculta-
« tive, au premier rang desquelles est inscrite la
« tuberculose ».

En somme, le législateur a voulu en créant cette catégorie de maladies à déclaration facultative mettre, en ce qui les concerne, les moyens de défense institués par la loi à la disposition de tout le monde sans être imposés à personne. Il a espéré qu'une semblable faculté secondera les efforts des praticiens dans la lutte contre ces maladies et favorisera les progrès de l'esprit public en matière d'hygiène, jusqu'au jour où l'état des mœurs permettra de faire un nouveau pas en avant.

Cette disposition avait donc dans son esprit un caractère provisoire, de transition et c'est surtout la question de la tuberculose qui l'a amené à créer la déclaration facultative de certaines maladies. Il semble que maintenant, comme nous le verrons plus loin, les raisons qui existaient en 1902 ont, pour ainsi dire, disparu.

§ 2. - La composition des listes des maladies à déclarer

Mais en admettant encore l'opportunité de l'existence des deux catégories et dans l'état actuel de notre législation, n'existe-il pas des erreurs dans la composition des deux listes? Les progrès de l'épidémiologie depuis vingt ans ont été considérables et ont réformé sur de nombreux points nos connaissances sur la contagiosité de certaines maladies et l'efficacité des moyens de prophylaxie employés vis-à-vis d'elles.

Comme nous le verrons, c'est surtout dans un but

de désinfection qu'on exige la déclaration de certaines maladies : « La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4... » (Article 7 de la loi de 1902) ainsi que pour l'application des mesures indiquées dans l'article 1^{er} de la même loi : « Spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion. »

Or, si la déclaration de la rougeole, de la méningite cérébro-spinale épidémique, de la poliomyélite antérieure aiguë, n'a comme utilité que l'application de mesures de désinfection, elle est parfaitement inutile.

Tout le monde sait que la rougeole est contagieuse, à la période d'invasion, à la période du coryza, mais dès que l'éruption est apparue, c'est-à-dire quand le diagnostic peut être posé, le rubéolique n'est plus contagieux. On sait, d'autre part, que le germe encore inconnu de la rougeole est très fragile, qu'il périt en quelques heures après l'émission. Les mesures de désinfection sont parfaitement inutiles dans ce cas.

L'agent de la méningite cérébro-spinale épidémique est d'une fragilité extrême. Il ne vit pas dans le milieu extérieur. Exposé sur des étoffes ou du papier filtre, il meurt en quelques heures aux températures ordinaires de 15° à 20°. La contagion se fait toujours directement d'homme à homme. La désinfection est là aussi inutile.

Il en est de même pour la poliomyélite antérieure aiguë.

Par contre, des maladies où la désinfection serait nécessaire sont à déclaration facultative. C'est le cas de la tuberculose. Nous y reviendrons. C'est le cas de la lèpre. Nous savons bien que la grande majorité des

lépreux ne sont pas contagieux. Nous sommes d'ailleurs actuellement assez mal fixés sur les modes de contagion de cette maladie. Mais il en est qui constituent un danger redoutable. Jules Courmont a rapporté à l'Académie de Médecine (1) le cas d'un individu atteint de rhinite lépreuse dont les sécrétions fourmillaient, avec une abondance incroyable, de bacilles de Hansen, et qui, chemineau incorrigible, semait la contagion sur toutes les routes de France. La déclaration aurait pu ne pas être faite. La désinfection a été pratiquée à l'hôpital où il a séjourné. Mais après? D'ailleurs d'autres mesures s'imposaient dans ce cas comme dans beaucoup d'autres. On les retrouvera aux *Corollaires prophylactiques obligatoires de la déclaration*.

Il serait donc nécessaire de remanier la liste des maladies qui doivent être déclarées, pour la mettre en harmonie avec les données actuelles de l'épidémiologie.

§ 3. - La déclaration des maladies « sociales »

(tuberculose, syphilis, cancer)

En réalité, toutes les maladies contagieuses devraient être à déclaration obligatoire.

Il y a un intérêt statistique évident à connaître le nombre, la topographie et la marche de l'extension de toutes les maladies contagieuses, quelles qu'elles soient.

Au cours de l'épidémie meurtrière de grippe de 1918-1919, la connaissance de la marche du fléau par la déclaration était de première utilité. L'administration sanitaire a demandé instamment aux médecins praticiens de lui déclarer les cas qu'ils observeraient dans

(1) A propos d'un cas de lèpre contagieuse. Réflexion sur l'isolement obligatoire de certains malades infectieux. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 16 août 1910.

leur clientèle. Si l'on a pu apprécier la mortalité effroyable produite par la « peste blanche » il a été à peu près impossible d'en apprécier la morbidité.

En ce qui concerne la tuberculose, nombre de pays étrangers n'ont pas hésité à exiger la déclaration obligatoire de cette maladie :

En *Allemagne*, les Etats de Sachsen-Altenbourg (1899), de Saxe (1900), de Bade (1902), d'Oldenbourg, de Botha, de Schwarzbourg-Rudolstadt (1914), dans certaines conditions.

L'Angleterre et le *Pays de Galles* (1912) ;

Le *Brésil* (1904), quand il y a élimination du bacille spécifique ;

Le *Danemark* (depuis 1860) (tuberculose pulmonaire et laryngée) ;

L'Ecosse (1^{er} Janvier 1914) ;

La plupart des *Etats-Unis* d'Amérique.

Dans certains, la tuberculose est nommément désignée dans la liste des maladies à déclaration obligatoire : Alabama, Californie, Connecticut, Colombie (tuberculose pulmonaire ou autres formes transmissibles), Havaï, Indiana (tuberculose pulmonaire), Kansas, Louisiane (phtisie), Maine Maryland (tuberculose pulmonaire ou laryngée), Massachussetts, Michigan, Minnesota, Mississippi (tuberculose, phtisie et autres affections pulmonaires), Nebraska, New-Hampshire, New-Jersey, New-York (tuberculose pulmonaire ou laryngée), Oklohama, Oregon, Pensylvanie, Porto-Rico, Rhode-Island (tuberculose pulmonaire ou laryngée) (1), Caroline du Sud, Texas, Utala, Vermont, Virginie, Washington (tubercu-

(1) L'administration sanitaire de ce dernier Etat doit tenir un registre des personnes connues comme atteintes de tuberculose pulmonaire ou laryngée.

lose pulmonaire et abdominale), Virginie occidentale, Wisconsin.

Certains Etats prescrivent la déclaration de toute maladie dangereuse pour la santé publique, donc implicitement celle de la tuberculose (Colorado, Delaware, etc.);

Le *Grand Duché de Luxembourg* (1906) (Tuberculose pulmonaire ou laryngée, suivie de décès);

La *Pologne* (1919) dans les cas dangereux pour l'entourage;

Le *Portugal* (1901);

L'*Uruguay* (1896) (Tuberculose pulmonaire et laryngée);

Le *Vénézuela* (1921), sous toutes ses formes et en spécifiant la région où l'organe atteint;

Le *Canada* (tuberculose ouverte, depuis 1901; toutes les formes de tuberculose, depuis 1909);

L'*Espagne* (1919);

La *République Argentine* (toutes les formes);

La *Tunisie* (1922) (tuberculose ouverte);

En France, l'Académie de Médecine, à deux reprises, en 1913 et en 1918 a réclamé la déclaration obligatoire.

Les *objections* qu'on a formulées contre l'obligation peuvent être résumées ainsi:

a) Si vous supprimez le taudis, l'alcoolisme, le surmenage, le défaut d'alimentation, vous supprimerez les causes de la tuberculose. Il est incontestable que ce sont là des facteurs sociaux capitaux de l'étiologie de la tuberculose, mais il ne faut pas oublier la cause efficiente, le bacille de Koch. Si la question du terrain est de première importance dans la lutte contre la tuberculose, il ne faut pas cependant oublier la graine qui l'ensemence.

b) La déclaration est inutile et inopérante, par ce qu'elle n'a comme corollaire prophylactique direct que la désinfection qui est utile, mais ne représente pas un des moyens prophylactiques les plus importants. Ce reproche ne manque pas de vérité.

c) Les instruments de prophylaxie n'existent pas en France. Sans doute, notre équipement antituberculeux est encore embryonnaire. Il se complète cependant peu à peu. Sur beaucoup de points du territoire, il y a des organisations antituberculeuses sérieuses. En tout cas, la déclaration stimulerait leur création.

d) Sous prétexte de déclaration et d'organisation, on créerait de nouveaux fonctionnaires. Si l'on recrutait ces fonctionnaires parmi les hygiénistes compétents, nommés au concours et ne faisant pas de clientèle, soustraits à toute influence locale, ne dépendant que d'un Ministère de l'Hygiène ou des Pouvoirs centraux comme on l'a proposé à diverses reprises, les meilleurs résultats seraient obtenus. Ce qu'il faut craindre, ce sont les mauvais fonctionnaires.

e) La déclaration obligatoire viole le secret professionnel, qui est plus important pour la tuberculose que pour les autres maladies à cause de la chronicité de celle-ci et des conséquences sociales que peut avoir pour le malade le fait qu'il est reconnu tuberculeux. En présence du danger social qu'est la contagion de la tuberculose, cette objection ne doit pas peser davantage que pour la déclaration obligatoire des autres maladies épidémiques (voir page 9). D'autre part, pour le malade, vouloir garder le secret de sa tuberculose c'est, qu'il soit riche ou pauvre, le renoncement complet à tous les moyens de cure spéciale, sanatorium, dispensaire ou hôpital spécial, pour lequel le seul fait d'en bénéficier

est une déclaration formelle. D'ailleurs, dans une organisation sanitaire telle qu'elle devrait exister, le médecin sanitaire devrait, à cet égard, être indépendant des administrations préfectorales ou municipales et la déclaration se faire de médecin à médecin.

d) La déclaration va stigmatiser le tuberculeux, le marquer publiquement et en faire un paria de la société. La tuberculose, en effet, a été considérée jusqu'à ces derniers temps comme une véritable tare, non seulement individuelle, mais familiale qu'il fallait cacher à tout prix. L'esprit public a fortement évolué à ce point de vue, depuis la guerre. Au dépôt, à l'hôpital, à la station sanitaire, plus de 60.000 tuberculeux apprirent pendant la guerre ce qu'est véritablement la tuberculose. Plus de 110.000 familles le surent à leur tour. La propagande faite chez nous pendant et après la guerre par les Américains de la Croix-Rouge, de la Commission Rockefeller a contribué fortement à l'éducation antituberculeuse de la foule. On sait maintenant que c'est une maladie contagieuse évitable et d'innombrables exemples montrent que le public ne cherche plus à cacher cette maladie et accepterait volontiers sa déclaration obligatoire. En présence même d'une bonne organisation antituberculeuse et la certitude de guérir, les malades viendraient se déclarer eux-mêmes.

En plus des objections qui viennent d'être énumérées, certains médecins ont soutenu la déclaration impossible, en raison des *inconvenients* de son application :

a) Et d'abord la difficulté du diagnostic. Il est incontestable que pendant la période de germination et parfois à un stade plus avancé, le diagnostic est difficile. Mais en prenant les précautions nécessaires et surtout, si la déclaration n'est obligatoire que pour les tubercu-

loses dites « ouvertes », dans les cas seulement où l'on peut mettre en évidence « l'élimination du bacille spécifique » (formule du règlement brésilien de 1904), l'objection disparaît.

b) La déclaration engagerait la responsabilité du médecin, qui pourrait être l'objet d'un recours judiciaire, en cas d'erreur. Mais si la déclaration ne porte que sur les « tuberculoses ouvertes », l'erreur n'est plus possible. D'autre part, en obéissant à la loi, le praticien ne peut être l'objet d'aucune poursuite.

Opposons à toutes les objections de principes et aux inconvénients de l'application, les avantages et l'utilité de la déclaration obligatoire :

a) C'est en premier lieu, l'utilité statistique qui est à la base de toute politique sanitaire rationnelle.

b) Elle aurait d'autre part une valeur technique considérable, en entraînant la création ou le développement des laboratoires de diagnostic, des organisations de cure, d'assistance ou de prévention (dispensaires, sanatoriums, préventoriums, hôpitaux spéciaux, etc.)

c) Elle aurait une valeur éducative. Elle provoquerait des initiatives des pouvoirs publics et susciterait dans le public un mouvement d'opinion en faveur de la lutte antituberculeuse.

d) C'est enfin une question de moralité scientifique. Est-il admissible qu'officiellement, dans le pays de Villemin, la tuberculose ne soit pas considérée comme une maladie transmissible ?

En France, en 1922, sur 72.526 déclarations de maladies transmissibles, il y a eu 21.675 déclarations pour tuberculose ; en 1923, sur 93.774 il y en a eu 23.444 et en 1924 sur 80.454, 24.568. La tuberculose est de beaucoup la maladie qui donne lieu au plus grand nombre

de déclarations. Comme le font remarquer L. Martin et E. Briau (1) « il est hors de doute que de toutes les maladies considérées, c'est la tuberculose qui fait le plus de victimes; mais ce nombre imposant de déclarations spontanées montre bien cependant qu'une évolution se fait dans les idées des praticiens et qu'il serait plus facile qu'autrefois d'inscrire enfin la tuberculose dans le rang des maladies à déclaration obligatoire. »

Le législateur de 1903 a peut être eu raison de ne pas exiger l'obligation à cette époque, mais actuellement l'esprit public est suffisamment préparé à l'accepter.

Un premier pas a été fait vers la déclaration obligatoire de la tuberculose: M. Justin Godart a soumis au Parlement en Juin 1925 un projet de loi sur la déclaration obligatoire des décès. Emettons le vœu qu'il soit voté le plus vite possible, ce sera un premier progrès de réalisé.



En ce qui concerne la *syphilis*, peu de pays ont pu se résoudre à introduire la déclaration obligatoire. A la conférence des pays de l'Europe occidentale sur les maladies vénériennes, réunie à Paris, en Décembre 1921, la plupart des délégués, ceux de la France, de la Belgique et en partie ceux de la Suisse ont déclaré qu'on ne pouvait, dans leur pays respectif du moins, songer pour l'instant à introduire une mesure qui, par son caractère coercitif, est, d'avance, destinée à soulever une vive opposition dans le milieu médical.

Et cependant, suivant en cela l'exemple de quelques pays du Nord (Danemark, Suède, Norvège) où cette mesure d'institution déjà ancienne ne froisse pas autre-

(1) L. MARTIN et E. BRIAU. Déclarations des maladies transmissibles. *Le Mouvement Sanitaire*, 30 juin 1924 et 31 mars 1925.

ment la mentalité médicale, d'autres pays n'ont pas craint de l'introduire récemment. En Australie, elle a été décrétée, pour l'état de Victoria, par la loi du 28 décembre 1916, pour celui de Queensland, par la loi du 15 février 1917, pour celui enfin de Tasmanie, par la loi du 23 février 1917. Aux Etats-Unis, elle a été introduite en 1919.

Cette déclaration doit être anonyme en principe, sauf lorsqu'il s'agit de vénériens récalcitrants au traitement ou constituant un danger public (prostituées). La déclaration nominale, comme dans les autres cas de maladie infectieuse serait impraticable. Un exemple de la façon dont on peut réaliser la déclaration anonyme de la syphilis et son recensement est celui du Danemark. Le docteur Jersild, médecin en chef de l'hôpital Rudolph Bergh, à Copenhague, a mis à profit le fait que dans son pays les réactions de Bordet-Wassermann sont obligatoirement effectuées à l'Institut sérothérapique de l'Etat, pour organiser un système d'enregistrement anonyme des syphilitiques. Il est parti de ce principe que le nombre des patients traités par un médecin, sans que, avant ou après, une analyse de leur sang ait été faite, est extrêmement faible. Il est très rare, en effet, dans la pratique, que le cas se produise.

La difficulté était de trouver un système d'identification qui fût assez précis pour distinguer les patients les uns des autres et en même temps assez discret pour que leur nom restât inconnu. On fit choix des signes suivants qui sont indiqués par le médecin sur la fiche qui accompagne tout échantillon de sang envoyé à l'Institut et qui constituent la déclaration anonyme :

- 1) Sexe du patient ;
- 2) Jour et année de naissance ;

- 3) La première lettre du nom de famille du malade ;
- 4) Date du diagnostic de syphilis ;
- 5) Nom du médecin ou du service hospitalier qui a établi le diagnostic ;
- 6) Numéro courant du patient sur le registre du médecin traitant ou du service d'hôpital.

Grâce à ces indications, il est devenu réellement possible, pratiquement, d'identifier les patients et de les distinguer les uns des autres, tout en leur assurant l'anonymat le plus complet.

Tous les échantillons de sang qui ont donné une réaction positive ou qui proviennent d'individus convaincus d'avoir contracté la syphilis sont notés sur une carte, qui est ensuite classée dans une cartothèque, munie des marques d'identification. En raison de la généralisation de la réaction (en 1922, il y a eu au Danemark 54.435 sero-réactions pratiquées, toutes à l'Institut sérothérapique), tout syphilitique entrera tôt ou tard dans la cartothèque. Au bout de 3 ans de fonctionnement du système, 25.300 syphilitiques ont été enregistrés dans ce pays.

Une loi spéciale sur la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann la limitant à un certain nombre d'instituts officiels (elle existe dans plusieurs pays) permettrait l'établissement de ce système, tout en mettant les syphilitiques à l'abri des charlatans.

En somme, même pour la tuberculose et la syphilis, avec des modalités appropriées, l'obligation de la déclaration devrait être la règle.

*
**

Il n'est pas jusqu'au *cancer* qui ne devrait être déclaré, au moins pour le moment, au moment du décès, jusqu'à ce que nous soyons fixés, sur son étiologie. La

déclaration de cette maladie nous ferait connaître les régions de la France où les cas sont les plus nombreux et nous conduirait peut-être sur la piste de la cause de cette terrible maladie. Nous avons vu que certains pays en avaient déjà pris l'initiative.

*
**

La déclaration des maladies contagieuses n'a pas qu'un but statistique. Elle constitue le point de départ nécessaire pour l'application des mesures de prophylaxie.

Il apparaît actuellement que le législateur de 1902 a accordé à la désinfection une importance exclusive et exagérée. Elle n'est utile qu'en cours de maladie pour un certain nombre de maladies contagieuses et la désinfection finale que pour un petit nombre de cas (1). D'autres mesures plus efficaces auraient dû être envisagées, telles que l'isolement obligatoire, la recherche, l'isolement et le traitement des porteurs de germes, la séro-prophylaxie, la vaccination, etc. Déclaration et désinfection doivent être dissociées et les autorités sanitaires locales doivent être laissées libres, suivant des directives mises à jour périodiquement par le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, d'apprécier la nécessité d'appliquer, suivant les cas, les mesures de prophylaxie qui conviennent. A chaque maladie correspond une prophylaxie spécifique, qui, elle même subira des modifications dans son application suivant les circonstances de temps et de lieu. (Voir chapitre VI).

(1) Voir A. ROCHAIX. — La « Désinfection finale » et la lutte contre les maladies contagieuses. *Le Mouvement Sanitaire*, 30 septembre 1926. T. II, page 553.

CHAPITRE V

MODE DE DÉCLARATION

Comment se fait la déclaration aux autorités qui sont chargées de la recevoir? Plusieurs points sont à envisager :

§ 1. - Par qui doit être faite la déclaration ?

En France, l'article 5 de la loi du 15 février 1902 établit la liste des personnes auxquelles est imposée l'obligation de déclarer les maladies contagieuses: « La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout *docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme*, qui en constate l'existence. »

C'est la reproduction de la disposition qui était insérée dans l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. Mais cette disposition était restée le plus souvent lettre morte et le législateur a pensé remédier à cette situation en confirmant de nouveau l'obligation de la déclaration

pour les docteurs en médecine, les officiers de santé, les sage-femmes et en l'insérant dans la loi sanitaire elle-même.

Mais elle l'a limitée aux catégories ci-dessus indiquées. C'est là une lacune regrettable. Dans le texte primitif, voté par la Chambre, il était indiqué, qu'à défaut des docteurs en médecine, officiers de santé ou sage-femmes, la déclaration devait être faite par le chef de famille, le maître d'hôtel ou le directeur d'établissement, ou par les personnes qui soignent les malades. Mais par suite de l'intervention au Sénat, de MM. Millès-Lacroix, Viseur et Alcide Treille, la partie du texte concernant les personnes autres que les médecins n'a pas été adoptée.

C'est non seulement une lacune regrettable, mais il semble que la loi de 1902 ait restreint sur ce point les pouvoirs de police des maires, à moins qu'ils n'utilisent les dispositions antérieures. L'ordonnance de police du 25 octobre 1883 présent, en effet, que tout individu qui tient un garni devra en faire la déclaration immédiate « toutes les fois qu'un cas de maladie contagieuse ou épidémique s'y sera manifesté » et d'autre part que le « logeur sera tenu de déférer aux injonctions qui lui seront adressées » à la suite de la visite du médecin délégué par l'administration. Il en résulte donc que les maires paraissent pouvoir imposer cette déclaration au père de famille, etc., parmi les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles.

Mais ce sont là des questions d'interprétation, et il eût mieux valu que le texte de la loi énumérât les personnes qui, en dehors du médecin, sont astreintes à la déclaration.

C'est ce qu'a fait le décret du 14 août 1914, édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir la propagation des maladies infectieuses, qui est toujours en vigueur. « Tout médecin, tout chef de famille, tout logeur ayant eu connaissance d'un cas... », est une formule qui devrait passer dans la loi et qui se trouvait dans le projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre par Strauss.

En réalité, le décret du 6 novembre 1919 ayant prorogé le décret du 14 août 1914, cette disposition est actuellement toujours en vigueur.

À l'étranger, on constate à ce point de vue l'existence des dispositions les plus variées :

Allemagne. — Sont tenus de faire la déclaration :

- 1° Le médecin consultant ;
- 2° Le chef de famille ;
- 3° Toute personne qui participe par profession au traitement ou aux soins du malade ;
- 4° Celui dans la demeure duquel s'est produit le décès ou la maladie ;

Les personnes énumérées sous les paragraphes 2 à 5 ne sont obligées à la déclaration qu'à défaut l'une de l'autre (art. 2 de la loi d'Empire du 30 juin 1900).

Angleterre et Pays de Galles. — Sont soumis à l'obligation de la déclaration :

a) le *chef de la famille* dont fait partie le locataire ou cet habitant (appelé dans la présente loi le malade), et, à son défaut, les *plus proches parents* du malade présents dans la maison qui soignant le malade, ou, à leur défaut, *toute personne qui a la charge du malade ou le soigne*, ou, à son défaut, le *propriétaire de la maison*, devront aviser le médecin sanitaire du district aussitôt qu'il sera venu à leur connaissance que le malade est atteint d'une maladie contagieuse à laquelle la loi s'applique;

b) *tout médecin praticien*, soignant ou appelé pour examiner le malade, devra, aussitôt qu'il aura reconnu que le malade est atteint d'une maladie infectieuse à laquelle la loi s'applique, envoyer immédiatement au médecin sanitaire du district un certificat indiquant le nom du malade, l'endroit où la maison est située, et la maladie infectieuse dont, à son avis, le malade est atteint (art. 3 de la loi du 30 août 1899, étendue et modifiée par les lois et règlement du 20 juin 1899 et du 19 janvier 1918).

Belgique. — La déclaration est imposée seulement à tout docteur en médecine ou officier de santé, exerçant l'art de guérir (arrêtés-lois du 13 février 1915 et du 24 décembre 1918).

Hollande. — La déclaration obligatoire doit être faite par tout médecin constatant un cas de maladie de nature à compromettre la santé publique et, en outre, et dans le même délai, par le chef de famille ou celui qui en tient lieu ; chef de maison, hôtelier et logeur, directeur d'établissement de bienfaisance, d'enseignement, de prisons, d'hospices, etc., par les commandants de corps d'armée, les capitaines de navires de guerre, les capitaines de navires marchands et les bateliers (lois du 1^{er} juin 1865 et du 4 décembre 1872).

Autriche. — Dans ce pays, sont tenus de déclarer les cas de maladies infectieuses : le médecin traitant ; la sage-femme qui est consultée ; les infirmiers et les infirmières qui soignent les malades ; le chef de famille ou son remplaçant ; les directeurs des établissements d'enseignement en ce qui concerne les élèves, les professeurs et le personnel de l'école ; les locataires d'une maison ou d'un appartement ou leur représentant ; les propriétaires d'hôtels et d'auberges en ce qui concerne les pensionnaires ou leur personnel ; les propriétaires d'immeubles ou les concierges ; les personnes chargées de la constatation des décès et les vétérinaires en cas d'épizootie.

Les personnes autres que le personnel sanitaire ne sont tenues de faire la déclaration qu'en l'absence d'un médecin.

Etats-Unis. — La liste des personnes à qui incombe l'obliga-

tion de la déclaration est très variable suivant les Etats et dans chaque Etat suivant la maladie à déclarer. Voici quelques exemples. Dans l'Etat de Connecticut, les médecins seuls sont chargés de la déclaration du choléra, de la fièvre jaune, du typhus exanthématique, de la lèpre, de la variole, de la diphtérie, du croup inmembraneux, de la fièvre typhoïde, de la fièvre scarlatine et des autres maladies contagieuses ou infectieuses, à l'exception des maladies vénériennes. S'il s'agit de la tuberculose, sont tenus à la déclaration, outre les médecins, les directeurs des hôpitaux, dispensaires, asiles ou établissements analogues ; pour l'ophtalmie des nouveaux-nés, les sages-femmes, infirmiers ou serviteurs ; pour l'hydrophobie, les officiers sanitaires locaux. Dans d'autres Etats, (Colorado, Georgie, Havaï, etc.) les médecins ne sont tenus à déclarer qu'un certain nombre de maladies, les autres, se trouvant sur la liste, devant être déclarées par les chefs de maisons ou de familles, les gérants d'hôtels ou de garnis, les patrons d'embarcation, les officiers de police.

En somme, aux Etats-Unis, les personnes qui sont tenues à déclarer, diffèrent avec chaque Etat et, dans chacun d'eux, avec certaines maladies. C'est un système très compliqué !

Pologne. — De par l'article 5 de la loi du 25 juillet 1919 sont tenus à déclarer les cas de maladie :

1) Le médecin appelé en consultation ; 2) les chefs de maison de santé et d'accouchement ; 3) les désinfecteurs et les surveillants sanitaires ; 4) toute personne qui garde ou qui soigne les malades (sages-femmes, officiers de santé, infirmiers) ; 5) le chef de famille ou la personne, sous la surveillance de laquelle se trouve le malade ; 6) le propriétaire du logement ou la personne qui le remplace, le propriétaire, l'administrateur ou le régisseur du bien ou de la maison ; 7) les directeurs de tous les établissements industriels ou commerciaux, fabriques, ateliers, bateaux à vapeur, radeaux, etc., etc., ainsi que ceux des hôtels, chambres garnies, auberges et hôtelleries, les directeurs de travaux collectifs (agricoles, forestiers, terrassiers, etc.) ; 9) les employés et les fonctionnaires des services de la sûreté publique ; 10) les personnes compétentes de par leur service, procédant à l'autopsie ou à l'examen des dépouilles mortelles ; 11) les médecins vétérinaires, pour autant que pendant l'exercice de leur profession, il leur sera

connu que des personnes ont contracté l'anthrax, la morve ou bien la rage ; 12) enfin, toute personne ayant été en contact direct avec le malade et sachant que sciemment on n'a pas avisé les autorités sanitaires du cas de maladie.

Les personnes énumérées ci-dessus sont tenues de faire la déclaration dans l'ordre ci-après : les personnes désignées dans les alinéas 4 à 12 ne sont obligées de faire la déclaration qu'à défaut des personnes indiquées dans les alinéas 1, 2 et 3.

Suède. — D'après la loi du 19 juin 1919 sur les épidémies, la déclaration incombe au chef de famille, s'il soupçonne l'existence d'une des maladies inscrites sur la liste et s'il n'a pas appelé un médecin. Quant à ces derniers, s'il constate l'apparition d'une de ces maladies, il est tenu à faire une déclaration par écrit.

Ainsi, dans nombre de pays étrangers, ce n'est pas seulement le médecin, mais aussi le chef de famille ou d'établissement ou même d'autres personnes, qui sont soumises à l'obligation de la déclaration. C'est là, une disposition des plus heureuses, qui délivre le médecin du souci — injustifié, d'ailleurs, comme nous l'avons montré — de sauvegarder le secret professionnel.

Elle supprime, d'autre part, le pénible antagonisme qui existe souvent entre son devoir légal, civique et moral et son intérêt. Il sait, par expérience, que la déclaration d'une maladie contagieuse, préjudiciable aux intérêts commerciaux ou autres, d'un de ses clients, le lui fera perdre au bénéfice d'un confrère, moins consciencieux. Il est, d'ailleurs, si facile de profiter et d'exagérer une légère incertitude de diagnostic pour tout concilier, en se mettant à l'abri de toute sanction légale, d'ailleurs jamais appliquée.

On ne peut, en effet, songer aux méthodes coercitives. Là, comme ailleurs, l'hygiène coercitive fera

faillite et ne fera que renforcer l'opposition des praticiens. Tant que l'obligation de la déclaration sera à la charge du médecin, c'est aux méthodes d'encouragement qu'il voudra mieux recourir, sous la forme d'une *rémunération*.

La rémunération est, d'ailleurs dans ce cas, parfaitement légitime. La déclaration des maladies contagieuses est un acte médical, qui, comme tel, doit comporter des honoraires et qui aurait l'avantage de reconnaître l'importance de la collaboration du médecin à l'œuvre commune et, comme nous l'avons dit, cette collaboration est absolument indispensable à la mise en train et au bon fonctionnement des mesures de prophylaxie que la déclaration aura pour effet de déclencher.

De plus en plus, le médecin praticien devra pouvoir vivre de l'exercice de la médecine préventive, comme il vivait jusqu'ici exclusivement de la médecine thérapeutique.

Cette question de la rémunération du médecin pour les déclarations de maladies contagieuses n'est pas nouvelle. Elle a été réclamée par nombre d'hygiénistes, qui, au contact quotidien des médecins praticiens, y ont vu un moyen efficace de susciter les déclarations (Mauriac, Émeric, Villejean, Borne, Raynaud, etc.).

D'ailleurs, des initiatives partielles l'avait reconnu.

Duclaux avait fait accepter par la ville de Paris que soient rémunérés les médecins qui déclarent les cas de fièvre typhoïde se produisant dans le périmètre de protection des eaux distribuées à la ville.

A Dijon, les déclarations sont rétribuées depuis 1908. Avant la guerre de 1914, elles étaient payées 10 fr. depuis elles sont payées 20 francs.

En 1909, le Bureau d'Hygiène du Havre, également

dans le but de surveiller le périmètre de protection des sources qui alimentent cette ville, avait de sa propre initiative institué une prime de 10 francs à la déclaration de tout cas avéré ou suspect de fièvre typhoïde dans cette région.

En Algérie, M. Raynaud déclarait à la Réunion sanitaire provinciale de 1920, qu'il avait pu obtenir la rémunération dans la province d'Alger et dans celle d'Oran. Dans le département de Constantine, où des crédits suffisants n'ont pu être obtenus du Conseil général, la déclaration n'est pas faite et les résultats moins satisfaisants.

A l'étranger, certains pays ont inscrit dans leur législation sanitaire, la rémunération des déclarations.

Aux Etats-Unis, dans l'état de New-York, le médecin ou autre personne faisant la déclaration a droit à la somme de 25 centièmes de dollar (1 fr. 25 au cours normal), à titre de récompense.

En Belgique, depuis 1907, il est alloué aux praticiens une indemnité de 2 francs, portée à 5 francs à partir de 1922 (Circulaire du 15 juin 1922) pour chaque déclaration faite par eux de tout cas avéré ou suspect d'une des maladies contagieuses, visées par les arrêtés.

En Angleterre, la loi du 30 août 1889, relative à la notification des maladies infectieuses, fixe les honoraires de médecin pour chaque déclaration à deux shillings six pence, si le cas est survenu dans sa propre clientèle privée et à un shilling, si le cas s'est présenté dans l'exercice de son art comme médecin sanitaire d'un corps constitué ou d'un établissement public.

Il n'est pas douteux que la rémunération — due en toute justice au médecin praticien — peut avoir une

influence des plus heureuses sur le nombre des déclarations.

En réalité, le véritable responsable est, en l'espèce, le chef de famille et c'est uniquement à lui que devrait incomber l'obligation de la déclaration. Mais comment l'y contraindre, sans recourir à des sanctions pénales immédiates, ce qui ne serait guère accepté par la population.

La solution est, croyons-nous, dans l'idée qui a été émise à plusieurs reprises, en particulier en ce qui concerne la syphilis: celle de la responsabilité civile en cas de contamination. Si le chef de famille ou le directeur d'établissement sait qu'en cas de contamination, même involontaire, les frais médicaux et pharmaceutiques des personnes contaminées seront à sa charge, il aura un intérêt évident à éviter et la contamination et la responsabilité pécuniaire qui en découle. La déclaration, faite en temps opportun, supprimera toute responsabilité de la part de l'individu, source de contamination, puisque la collectivité se trouvera à même d'appliquer en temps utile toutes les mesures de prophylaxie nécessaires.

Quant au médecin, il ne se trouverait que dans l'obligation unique de délivrer au responsable un certificat indiquant la nature de la maladie et la date du diagnostic. L'emploi d'un carnet à souche fournirait le témoignage que le médecin a accompli son devoir en temps voulu.

Ce procédé nous paraît le seul susceptible d'apporter une solution véritablement pratique à cette question de la déclaration obligatoire.

Etant donné ce qui précède, nous ne nous appesantissons guère sur la question des *sanctions*, en cas de non déclaration. Nous le répétons, c'est par les moyens indi-

qués précédemment, plutôt que par la coercition qu'on pourra obtenir, en matière de déclaration, les résultats escomptés vainement jusqu'ici.

§ 2. - A qui doit être faite la déclaration ?

Comment est-elle transmise ?

En France, c'est l'Arrêté ministériel du 10 février 1903, relatif au mode de déclaration des maladies visées par l'article 4 de la loi du 15 février 1902, qui fixe l'autorité publique, chargée de recevoir la déclaration :

« Article 1. — L'autorité publique chargée, aux termes de l'article 5 de la loi du 15 février 1902, de recevoir la déclaration des cas des maladies déterminées en vertu de l'article 4 de ladite loi, est représentée par le *maire* et par le *préfet* ou *sous-préfet*, dans chaque arrondissement.

Les praticiens mentionnés dans l'article 5 précité sont tenus de faire simultanément leur déclaration à l'un et à l'autre dès qu'ils ont constaté l'existence de la maladie. A Paris, la déclaration est faite au Préfet de police ».

Dans l'état actuel de notre organisation sanitaire, il ne pouvait, en principe, en être autrement. Dans certains pays étrangers, c'est à un médecin qu'est adressée la déclaration, le *Medical Officer of Health*, en Angleterre, le *Kreisartz*, en Allemagne, etc. C'est là une disposition heureuse qui supprimerait l'argument tiré de la violation du secret professionnel, mais qui nécessiterait pour être appliquée en France, conformément aux dispositions législatives, un remaniement de notre organisation sanitaire.

En fait, dans certains départements, les formes prescrites par l'arrêté de 1903 ne sont pas observées.

C'est ainsi qu'en Seine-Inférieure, par exemple, où les services d'hygiène sont fortement centralisés, les déclarations sont adressées, non plus au sous-préfet et au préfet, mais directement à l'Inspecteur départemental des Services d'Hygiène. Cette pratique a pour résultat, d'une part, de supprimer tout retard de transmission dans les bureaux et, d'autre part, de supprimer tout intermédiaire administratif entre le médecin praticiens et le médecin-chef des Services d'Hygiène (Ott).

A quel moment, le sous-préfet et le maire doivent-ils être prévenus ?

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 disposait que tout praticien est tenu de faire la déclaration, « son diagnostic établi ». La loi de 1902 stipule que « la déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. »

Cette modification du texte antérieur n'a impliqué aucun changement dans sa signification, et, c'est toujours dès que l'existence en est constatée que doit être faite la déclaration des cas de maladies, ainsi que cela résulte avec évidence du but que s'est proposé le législateur en instituant la déclaration obligatoire et qui est de permettre de porter immédiatement le remède là où est le mal. C'est donc sans aucun retard, et pour reprendre les termes de la loi de 1892, au moment même où son diagnostic est établi, que le médecin doit faire la déclaration.

C'est encore la nécessité d'agir immédiatement qui a rendu nécessaire la double déclaration. Si, en effet, le maire néglige ou refuse de prendre les mesures que commande la protection de la santé publique, il importe

que le préfet puisse, le cas échéant, se substituer à lui dans les conditions prévues par les articles 2 et 3 de la loi du 15 février 1902. Il faut donc que l'administration départementale soit informée indépendamment de la municipalité. Elle le sera par l'intermédiaire du sous-préfet.

En ce qui concerne les cas de maladies transmissibles constatés dans les établissements hospitaliers, et, d'une manière générale dans tous les établissements publics ou privés, la déclaration doit en être faite, comme s'il s'agissait de particuliers, par les médecins traitants, au moyen de cartes-lettres et dans les conditions prescrites par l'arrêté ministériel du 10 février 1903. Aucune exception ne saurait être admise à cet égard. La déclaration doit être faite en principe au maire du domicile qu'occupait le malade avant son transport pour qu'il puisse être procédé sur place aux mesures de désinfection, jugées utiles. Toutefois, si la maladie a été contractée dans l'établissement même où elle est soignée, c'est le maire de la commune où est situé cet établissement qui devra être prévenu. S'il arrivait enfin qu'un malade sortît de l'établissement, pour quelque motif que ce fut, avant que son état permît d'affirmer qu'il ne peut plus transmettre les germes de sa maladie, l'avis devrait en être donné dans la même forme que pour la déclaration, en indiquant le domicile ou le lieu auquel le malade aurait déclaré se rendre. (*Circulaire du 5 juin 1903, aux préfets, relative à la liste des maladies auxquelles est applicable la loi du 15 février 1902 (art. 4) et à la déclaration des cas de ces maladies (art. 5).*)

Pour les cas militaires (guerre et marine), la déclaration doit être faite par les médecins militaires uniformément et simultanément à l'autorité militaire et à

l'autorité civile (maire et préfet ou sous-préfet). Les médecins militaires reçoivent donc les mêmes carnets à souche que les médecins civils. (*Circulaires du 6 avril et du 11 juin 1904*).

Cette collaboration des militaires et des civils était indispensable. Il est recommandé aux maires, par la même circulaire, de communiquer à l'autorité militaire les renseignements sur l'état sanitaire des communes. Cela est particulièrement intéressant au moment des grandes manœuvres; on éviterait ainsi les régions contaminées. En fait, il serait désirable que ce fût le préfet ou son délégué, l'Inspecteur départemental d'Hygiène qui communiquât à l'autorité militaire la carte hygiénique du département.

En somme, en France, la déclaration doit être faite simultanément au maire et au sous-préfet. Tous les cas de maladie doivent être déclarés, même s'il s'agit de cas hospitaliers ou militaires.

*
**

Autrefois, la déclaration se faisait au moyen de cartes postales. Elle se fait depuis l'arrêté ministériel précité, à l'aide de cartes-lettres fermées.

« La déclaration se fait à l'aide de cartes-lettres, détachées du n° carnet à souches, qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication du malade et de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles. Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes ». (1)

(1) La circulaire ministérielle du 12 juin 1903 aux préfets, indique que le ministère avait pris à sa charge la confection des carnets, mais par application de la loi du 10 février 1902, elle sera désormais à la charge des départements, sauf participation générale de l'Etat dans la proportion fixée par l'article 26.

La Circulaire ministérielle du 5 juin 1903, aux préfets, fait ressortir l'avantage de ce mode de déclaration :

« Sous le régime de la loi du 30 novembre 1892, la déclaration se faisait à l'aide de cartes postales, détachées d'un carnet à souches, et pouvant ciculer en franchise telles quelles, soit sous enveloppes fermées. Le plus souvent, elles étaient envoyées comme cartes postales ordinaires, le praticien ne se trouvant pas porteur des enveloppes spéciales destinées à ce genre de correspondance, au moment où il avait une déclaration à formuler. L'inconvénient qui pouvait résulter, malgré les précautions prises, de la circulation de cet avis, ainsi exposé aux yeux d'un certain nombre d'intermédiaires, sera supprimé par la substitution à la carte postale ouverte de la carte-lettre fermée.

Les nouveaux carnets de déclaration seront composés de cartes-lettres ; comme précédemment, ils seront mis gratuitement à la disposition des médecins et sages-femmes et les cartes-lettres lettres jouiront du bénéfice de la franchise postale. Enfin, la carte-lettre portera d'une part la mention « confidentielle », et, d'autre part, une note imprimée, ainsi conçue :

« Les communications relatives aux cas de maladies, communications confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux maires des représentants de l'autorité qualifiée pour les recevoir, le maire et le sous-préfet, comme de tous auxiliaires dépositaires par état ou profession des secrets confiés, sous les peines prévues par l'article 378 du Code pénal (arrêt de la Cour de Cassation du 13 mars 1897) ».

Cette disposition ne donne lieu à aucune objection et devrait favoriser la pratique de la déclaration.

Comme le font remarquer MM. A.-J. Martin et A. Bluzet (1) la formalité même de la déclaration est réduite à la plus extrême simplicité par la disposition des carnets. La déclaration devant, comme nous venons de le voir, se faire en double, les carnets sont disposés

(1) A. J. MARTIN et A. BLUZET. — Commentaire administratif et technique de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de santé publique. Paris. Masson édit., 1903, page 92.

en conséquence et présentent douze feuilles comportant chacune deux cartes-lettres préparées, adressées l'une au sous-préfet ou au préfet, l'autre au maire.

Il suffira dès lors au médecin qui vient d'observer un cas de fièvre typhoïde, par exemple, d'inscrire, sur chacune des deux déclarations reliées ensemble à la souche, une adresse, celle du malade, et un numéro, celui de la fièvre typhoïde ; d'y ajouter les observations jugées utiles ; d'écrire au dos de l'une des cartes, celle destinée au maire, le nom de la commune et sur l'autre le nom de l'arrondissement où réside le malade, et de jeter les deux cartes à la première boîte aux lettres qui se trouvera sur son trajet. Il était difficile de simplifier davantage les écritures.

**

La déclaration reçue, que devra faire le maire ? que devra faire le sous-préfet ?

Le maire en recevant la déclaration n'aura aucune peine à savoir, par le numéro indiqué, de quelle maladie il s'agit. Ils devra donc veiller à ce que toutes les précautions légales soient prises suivant son règlement sanitaire et prévenir aussitôt le service départemental de désinfection.

On sait, par l'expérience acquise depuis l'application de la loi de 1902, que cette disposition est à peu près partout inopérante, pour les communes qui ne sont pas pourvues d'un bureau d'hygiène. Les maires se désintéressent ordinairement du sort des déclarations. C'est là une des multiples conséquences du vice fondamental de la loi du 15 avril 1902 qui a placé l'hygiène communale entre les mains des maires, citoyens élus par

le suffrage universel, du joli paradoxe, comme l'a dit Duclaux, placé à la base de la loi.

Le *Sous-Préfet* (ou le préfet dans l'arrondissement chef-lieu) doit faire parvenir la déclaration à l'Inspecteur départemental d'Hygiène et au délégué surveillant le poste correspondant, pour que le nécessaire au point de vue de la désinfection soit effectué. Il devra veiller à ce que les instructions du Conseil supérieur d'Hygiène soient entre les maires des maires et que ceux-ci prennent bien toutes les précautions indiquées dans le règlement sanitaire communal.

Si plusieurs cas de la maladie viennent à se produire, et qu'ainsi un foyer épidémique soit créé, le sous-préfet préviendra immédiatement l'Inspecteur départemental d'Hygiène.

En dehors des épidémies, il observera avec soin les déclarations faites par les médecins en exécution de la loi.

Aux termes de l'article 3 de l'arrêté du 10 février 1903, il doit être tenu dans chaque arrondissement par le préfet ou le sous-préfet, un « registre spécial où sont inscrits par ordre chronologique les cas de maladie, la date de la déclaration, la désignation des endroits où ils se sont produits et le nom du déclarant ». La circulaire du 5 juin 1903 a donné le modèle du registre à tenir :

*Modèle du registre à tenir en vertu des articles 4 et 5
de la loi du 15 février 1902, des décret et arrêté
ministériel du 10 février 1903 et des décrets
des 28 septembre 1916, 13 octobre 1923
et 1^{er} janvier 1925*

1^{re} Partie. — MALADIES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE

1	Fièvre typhoïde et paratyphoïde
2	Typhus exanthématique
3	Variole et varioloïde
4	Scarlatine
5	Rougeole
6	Diphthérie
7	Suette Miliaire
8	Choléra et maladies cholériformes
9	Peste
10	Fièvre jaune
11	Dysenterie
12	Infections puerpérales
12 bis	Ophtalmie des nouveau-nés
13	Méningite cérébro-spinale épidémique
14	Poliomyélite
15	Trachome
16	Fièvre ondulante

OBSERVATIONS



Comme on le voit, ce mode de transmission des déclarations des maladies contagieuses est lent. Aussi, dans nombre de départements, les médecins praticiens se mettent directement en rapport avec l'Inspecteur départemental d'Hygiène ou le Délégué surveillant du poste de désinfection quand il s'agit de cas urgents. Les services sanitaires pourront intervenir ainsi de façon précoce et auront la chance de juguler une épidémie à son début.

Cette prise de contact directe, qu'on ne saurait trop recommander, car elle est à la base de toute action prophylactique efficace, ne dispense évidemment pas le médecin praticien de faire sa déclaration normale et légale, pour la régularité des opérations.

Nous ne pouvons ici envisager le mode de déclaration à l'étranger, cette opération étant étroitement liée à l'organisation générale administrative d'un pays, pouvant, surtout dans les Etats confédérés, être d'une complexité extrême.

CHAPITRE VI

COROLLAIRES PROPHYLACTIQUES DE LA DÉCLARATION

Comme nous l'avons précédemment fait remarquer, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses n'a pas qu'un but statistique. Malgré l'intérêt qu'il peut présenter, il ne suffirait pas à lui seul à justifier l'obligation de la déclaration. Il faut que celle-ci soit le point de départ des mesures prophylactiques nécessaires.

Un principe qui peut d'emblée être posé est celui de la *précocité* de l'intervention des services de prophylaxie pour que leur action soit efficace.

Comme l'ont fait remarquer MM. Louis Martin et Vaudremer, tous les hygiénistes sont d'accord pour reconnaître qu'il est généralement possible de limiter la propagation des maladies contagieuses, lorsqu'on intervient dès les premiers cas. Les épidémies de variole débute par des cas isolés et même souvent, sans qu'aucune mesure de prophylaxie soit prise, la maladie reste cantonnée dans une maison ou un groupe de maisons. Pour la diphtérie, il en est de même : les premiers cas restent

ordinairement localisés et ce n'est que plus tard, parfois longtemps après, que la maladie s'étend et que l'épidémie prend corps. Beaucoup de maladies contagieuses sont dans ce cas.

L'intervention prophylactique doit donc être précoce et très souvent on étouffera ainsi une épidémie dans l'œuf.

Mais pour ce faire, il faut être armé administrativement et imposer les mesures, sans quoi trop d'intérêts divers s'opposent à ceux de l'hygiène, pour qu'elles soient, dans la plupart des cas, acceptées bénévolement.

En France, une seule mesure de prophylaxie est reconnue par la loi : la désinfection et qui plus est, cette mesure est obligatoire pour tous les cas de maladies contagieuses à déclaration obligatoires quelles qu'elles soient... Il y a là une lacune et une erreur. La désinfection est loin d'être la seule mesure prophylactique à envisager et, d'autre part, elle n'est véritablement utile que dans un petit nombre de cas. Dans nombre de pays étrangers on n'a pas hésité à rendre administratives d'autres mesures prophylactiques, telles que l'isolement, la recherche des porteurs de germes, etc... Envisageons tout d'abord les mesures qu'il faudrait imposer dans toute organisation sanitaire complète.

*
**

L'*isolement* est considéré par tous les hygiénistes comme la première mesure à prendre et la plus efficace.

Elle n'est pas prévue dans notre organisation sanitaire actuelle : la loi de 1902 est restée muette sur ce point. De nombreux hygiénistes en ont réclamé l'introduction. Le Professeur Léon Bernard, dans son projet de révision de notre charte sanitaire, a introduit un

article concernant l'isolement obligatoire dans les cas de maladies contagieuses. Cet isolement est obligatoire, soit à domicile suivant les prescriptions et sous la direction du médecin traitant, soit dans un hôpital public ou privé, sous le contrôle des services sanitaires. Cet article comblerait une véritable lacune de notre ancienne loi.

Il est à remarquer qu'en cas d'épidémie menaçant tout ou partie du territoire de la République, l'isolement peut être édicté mais à titre de mesure exceptionnelle (article 8 de la loi de 1902).

Cependant le décret du 14 août 1914, prorogé *sine die*, par le décret du 6 novembre 1919, a établi une situation de fait au point de vue de l'isolement. L'article 5 de ce décret donne au délégué sanitaire le pouvoir de demander l'isolement du contagieux, s'il le juge utile. Si l'isolement peut être assuré à domicile, il fixe les conditions et la durée de cet isolement. Dans le cas contraire, il ordonne d'office le transport du malade dans un établissement hospitalier ; il requiert, à cet effet, les moyens de transport et veille à la désinfection de ceux-ci ; il fixe à l'établissement hospitalier les conditions dans lesquelles le malade doit être isolé ; à défaut de l'établissement hospitalier susceptible de recevoir le malade, il requiert tel local où l'isolement et les soins pourront être assurés.

Il semble qu'en France les délégués sanitaires n'aient pas utilisé ces dispositions aussi souvent qu'il aurait fallu.

En 1924, le Ministre du Travail et de l'Hygiène a envoyé aux préfets un nouveau modèle de règlement sanitaire municipal, applicable aux communes de 5.000 habitants et plus, élaboré par le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, où les mesures d'isolement font l'objet de deux articles spéciaux, pour contri-

buer à introduire dans la pratique cette mesure de prophylaxie de première importance.

Dans nombre de pays étrangers, l'isolement est obligatoire à la suite de la déclaration des maladies contagieuses : Norvège, Suède, Hollande, Angleterre, etc.

*
**

La *désinfection* (1) a été la seule mesure prophylactique obligatoire, expressément visée dans la loi de 1902. D'après l'article 7, cette opération est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4, dont la liste a été dressée par le décret du 10 février 1903, modifiée par celui du 28 septembre 1926. Cette obligation générale n'est pas justifiée. Si la désinfection est utile dans la variole, la scarlatine, la diphtérie, la tuberculose ouverte (en cas de déclaration), elle se montre d'un intérêt beaucoup moindre dans la fièvre typhoïde ou la dysenterie, elle est complètement inutile dans la rougeole, la méningite cérébro-spinale et la poliomyélite antérieure aiguë, etc.

C'est une erreur manifeste que d'avoir voulu faire de cette mesure la panacée prophylactique unique contre toutes les maladies infectieuses.

Dans la plupart des pays étrangers, la désinfection a été prévue, mais dans des conditions telles que ceux qui ont la charge de la santé publique puissent apprécier les cas où elle rend de véritables services.

Dans la plupart des départements, à la suite du décret du 10 juillet 1906 et de la circulaire du 28 du même mois, les services de désinfection ont été organisés en France. Les dépenses nécessitées se justifient-elles

(1) Voir DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, La désinfection. « Les Actualités de l'Hygiène », Paris 1925.

par les services rendus? Beaucoup d'inspecteurs d'hygiène ont très intelligemment donné des ordres à leur service pour négliger la désinfection de certaines maladies, la rougeole, par exemple. Dans le cas de cette dernière infection, les épidémies sont brusques et massives. Elles immobilisent et surmènent inutilement un service alors que des cas de scarlatine ou de diphtérie solliciteraient ailleurs utilement leur attention.

Il semble bien que les services départementaux de désinfection aient surtout leur utilité comme agents de liaison. Lorsqu'ils sont pourvus d'automobiles en particulier, les chefs de poste parcourent les départements, se mettent en rapport avec les médecins, les maires, recueillent des renseignements d'ordre sanitaire, font les prélèvements des échantillons d'eau destinés à l'analyse, apportent au laboratoire les produits pathologiques prélevés par les médecins praticiens pour la recherche des porteurs de germes, etc. Ils peuvent jouer le rôle de véritables moniteurs d'hygiène et rendre ainsi, en dehors de la question de la désinfection, des services signalés à l'hygiène d'un département.

Ajoutons, enfin, que les opérations de désinfection, si elles sont inutiles scientifiquement dans beaucoup de cas, sont des opérations de propreté générale. En France, on ne saurait trop les encourager. Mais elles doivent être pratiquées à loisir et avec discernement quand des cas urgents n'exigent pas la présence des chefs de poste ailleurs.

La recherche des porteurs de germes est un des moyens les meilleurs de juguler une épidémie. L'exem-

ple de la guerre de 1914-1918, où les règlements militaires l'avaient rendue obligatoire aux armées et dans les troupes stationnées à l'intérieur, est là pour le démontrer. En France, la loi de 1902 est restée muette à ce sujet, sans doute en raison des mesures de contrainte qu'elle provoque, la recherche des porteurs de germes pour ne pas rester platonique, devant être suivie de l'isolement des cas positifs et de leur traitement. Il faut ajouter que, depuis cette époque, les progrès de l'épidémiologie ont été considérables et que de nouveaux moyens techniques sont à notre disposition, qui n'existaient pas alors.

Cependant, pour cette mesure, comme pour l'isolement obligatoire, le décret du 14 août 1914 a donné aux délégués sanitaires les pouvoirs nécessaires pour la pratiquer.

Lorsqu'il s'agit de maladies qui peuvent être transmises par des individus sains ou convalescents, porteurs de germes, diphtérie, fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale et dysenterie, le délégué recherche ces porteurs sains ou convalescents et propose au préfet les mesures d'isolement nécessaires à leur égard (art. 5). Voilà encore une disposition excellente qui devrait passer dans la loi.

Plusieurs pays étrangers ont envisagé la réglementation des mesures concernant les porteurs de germes. Au Danemark la loi confère aux autorités compétentes le pouvoir de prendre toutes les mesures nécessaires. A ce point de vue nous signalerons la dernière réglementation en date, celle de l'Ecole, du 31 janvier 1921, dont les dispositions sont excellentes.



La Séro-prophylaxie. — La méthode de prophylaxie, basée sur l'utilisation des propriétés préventives des sérums prend une extension de plus en plus grande. Outre les sérums expérimentaux, antidiphthérique, antitétanique, antigangréneux, voire antidysentérique et antipesteux, on utilise maintenant les sérums de convalescents qui ont donné déjà de brillants résultats dans la prophylaxie de la rougeole et de la coqueluche. Pour d'autres maladies (oreillons, poliomyélite épidémique, etc.), leur intérêt est très relatif, mais des travaux récents permettent d'espérer une séroprophylaxie efficace de la scarlatine.

Cette méthode est précieuse. Bien maniée, elle peut donner des résultats prophylactiques remarquables mais c'est avant tout une *méthode d'urgence* permettant, grâce à l'immunité passagère, mais immédiate qu'elle procure, de mettre en œuvre les autres mesures de prophylaxie : isolement du malade, recherche des porteurs de germes avec leur isolement et leur traitement, désinfection, vaccination, etc.



La vaccination peut être non seulement un moyen prophylactique général appliqué obligatoirement et systématiquement à tout un pays pour faire disparaître une maladie, comme la vaccination antivariolique, mais peut être considérée aussi comme une mesure directe à appliquer en cas d'épidémies révélées par la déclaration.

Le législateur a eu raison de modifier (7 septembre 1915) dans ce sens l'article 6 de la loi du 15 février 1902, concernant la vaccination antivariolique. En outre de l'obligation générale de se faire vacciner et revacciner au cours de la première année, à onze ans et à vingt-et-un ans, l'article 6 modifié prescrit maintenant qu'en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination et la revaccination antivariolique peuvent être rendues obligatoire par décret ou par arrêté préfectoral, pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans.

Pour diverses raisons, on n'a pas rendu obligatoire, pour toute la population d'un pays et en tout temps, la vaccination contre les infections typhoïdiques (1). On ne l'exige, en général, que pour une partie de la population et spécialement pour les militaires. C'est le cas pour les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes, Croates et Slovènes, Tchécoslovaquie, Union des Républiques Socialistes Soviétiques.

Cette obligation a été instituée, en général, en 1914 ou en 1915.

Devant les résultats extrêmement encourageants (diminution de la morbidité, atténuation des formes, rareté des complications, abaissement de la mortalité, arrêt d'épidémies) obtenues par la vaccination anti-typho-paratyphoïdique, on ne peut que souhaiter la généralisation de son obligation.

(1) Voir L. PONCET. — Vaccination obligatoire ou vaccination facultative contre les maladies typhoïdiques et contre le choléra dans vingt-huit pays d'Europe. Lyon, 1925.

La vaccination anticholérique n'a en Europe que des indications exceptionnelles. Elle fut utilisée temporairement et suivant les circonstances d'une manière obligatoire, dans les pays suivants: Autriche, Grèce, Italie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Union des Républiques Socialistes Soviétiques, etc., en France, pour les armées d'Orient et du Levant, de 1915 à 1924.

Il en est de même pour la vaccination anti-pestreuse. La vaccination antidiphthérique est pleine de promesses. L'expérience déjà considérable acquise aux États-Unis, les essais déjà nombreux de vaccination réalisés en France au moyen de l'anatoxine de Ramon, permettent de généraliser cette méthode de prophylaxie antidiphthérique, qui un jour sera probablement rendue obligatoire.



Par cet exposé rapide des mesures prophylactiques actuellement possibles, pour lutter contre les maladies contagieuses, on voit que l'une quelconque d'entre elles ne peut être utilisée comme moyen *univoque*. L'isolement rigoureux ou relatif est la seule mesure qui puisse s'appliquer à toutes. Quant aux autres, ce sont des questions d'espèces.

D'autre part, la connaissance des maladies contagieuses, au point de vue étiologique, bactériologique et épidémiologique, progresse sans cesse. Il ne faut pas que des règlements trop absolus ou trop étroits, vite périmés, empêchent les populations de bénéficier au plus tôt des découvertes effectuées dans ce domaine.

Aussi estimons-nous que le pouvoir central, après avoir fixé la liste des maladies obligatoires — et elles

doivent toutes l'être quand elles présentent un caractère contagieux ou social — devrait, après avoir indiqué les mesures prophylactiques efficaces et les directives générales pour leur application, laisser aux organismes locaux, sous la surveillance administrative des préfets, une certaine latitude dans leur application. Avec un corps d'hygiénistes départementaux et municipaux parfaitement instruits, les mesures nécessaires seraient prises conformément aux données de l'épidémiologie. Rien n'empêcherait d'ailleurs, le ministre de l'Hygiène de faire élaborer par le Conseil Supérieur d'Hygiène, des instructions prophylactiques qui, périodiquement, viendraient leur donner des directives précises.

L'Hygiène ne peut être codifiée *ne varietur*. Il est même nécessaire de se garder de présenter l'Hygiène avec l'apparence d'un dogmatisme infailible. Elle suit les progrès des diverses sciences sur lesquelles elle s'appuie; elle varie d'année en année.

D'autre part, trop d'intérêts opposés, trop de circonstances locales interviennent, qui empêchent l'application d'un idéal théorique. Les organismes locaux peuvent seuls être bons juges des mesures qui pratiquement peuvent être appliquées et donner des résultats réels. Les hygiénistes praticiens peuvent être considérés comme des diplomates, qui, munis de directives, cherchent à les réaliser au mieux des intérêts de la santé dont ils ont la garde. Très souvent, ils ne feront pas œuvre parfaite, mais en hygiène pratique, plus encore que dans d'autres domaines, le mieux est l'ennemi du bien.

En somme la déclaration des maladies doit être obligatoire pour toutes celles qui sont contagieuses ou qui présentent le caractère d'un danger social.

Cette déclaration doit être mise à la charge du chef de famille ou d'établissement. Le médecin praticien n'intervient que pour lui signaler la nature de la maladie.

La déclaration obligatoire doit avoir pour corrolaire l'existence d'organismes prophylactiques complets. Mais il faut se garder de les réglementer trop étroitement. Il faut au contraire laisser une certaine latitude à ceux qui sont chargés d'appliquer les mesures de préservation, pour mieux leur permettre de les adapter aux cas d'espèces.

CONCLUSIONS

— A la base de la lutte contre les maladies contagieuses, il est nécessaire d'établir leur déclaration obligatoire. La légitimité de cette obligation n'est actuellement plus contestée.

— En France, la liste des maladies est divisée en deux parties : obligatoire et facultative. Cette division est particulière à la France. On ne la retrouve pas dans les pays étrangers dont nous donnons les listes.

— Si l'on compare ces listes, elles se montrent très différentes, ce qui est justifié par l'épidémiologie propre à chaque pays.

— Le nombre des pays, où la tuberculose est à déclaration obligatoire devient de plus en plus grand.

— Certains pays (Danemark, Suède, Norvège, Australie, etc...) ont institué la déclaration obligatoire de la syphilis, suivant un mode qui assure l'anonymat du malade.

— Dans la plupart des pays, les déclarations sont adressées au médecin et non à l'administration ; il serait à souhaiter qu'il en fût de même en France.

— En France, l'obligation de désinfecter pour toutes les maladies à déclaration obligatoire est une erreur. Déclaration et désinfection doivent être dissociées. L'autorité sanitaire locale doit être laissée libre, suivant les directives mises à jour périodiquement par le Conseil supérieur d'Hygiène de France, d'apprécier la nécessité d'appliquer, suivant les cas, les mesures de prophylaxie qui conviennent.

VU :	<i>Le Président de la Thèse :</i>
<i>Le Doyen :</i>	COURMONT

JEAN LÉPINE

Vu et Permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Décembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

BESANÇON. — Discussion du rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 1919, t. LXXXI, pages 264, 333, 413, 448, 526, 563, 615, 659.

— *Bulletin de l'Office international d'Hygiène publique passim*
— *Publications diverses du Comité d'Hygiène de la Société des Nations*. Genève, 1924, 1925 et 1926.

G. CHANUT. — La déclaration obligatoire de la tuberculose. — *Thèse de Lyon*, 1919.

PAUL COURMONT. — La déclaration obligatoire de la tuberculose. — *Lyon Médical*, avril 1919, p. 219.

PAUL COURMONT et A. ROCHAIX. — Précis d'Hygiène, 3^{me} édition. — Paris, Masson édit., 1925.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et OTT. — La désinfection et la déclaration des maladies contagieuses, Paris. — *Les Actualités de l'Hygiène*, 1925.

EMERIC. — Médecins praticiens et Services publics d'Hygiène, en Angleterre. — *Le Mouvement Sanitaire*, 30 juin 1924.

G. FORESTIER. — Les principes de la collaboration du Médecin praticien à l'Œuvre d'Hygiène publique. — *Le Mouvement Sanitaire*, 31 mars 1925, p. 542.

LETULLE. — Rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1912, tomes XVI, XIX, LXXX.

A.-G. MARTIN et A. BLUZET. — Commentaire administratif et technique de la loi du 15 février 1902, relative à la Protection de la Santé publique. — Paris, Masson, édit., 1903.

— *Recueil des lois, Décrets, Instruction et circulaires relatifs à la Protection de la Santé publique*. — Paris, Berger-Levrault et C^{ie}, édit., 1910.

L. MARTIN et E. BRIAU. — Les déclarations des maladies contagieuses en 1924. — *Le Mouvement Sanitaire*, 30 juin 1924, p. 7.

ROBIN. — Discussion du rapport de M. le Professeur Letulle sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XVIII, p. 318.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
CHAPITRE I. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Sa nécessité. Sa légitimité.....	7
CHAPITRE II. — La déclaration des maladies contagieuses en France et dans les Colonies.....	13
CHAPITRE III. — La déclaration obligatoire des maladies contagieuses à l'étranger.....	23
CHAPITRE IV. — Discussion et critique.....	37
§ 1. Maladies à déclaration obligatoire et à déclara- tion facultative.....	37
§ 2. La composition des listes des maladies à déclara- rer	40
§ 3. La déclaration des maladies « sociales » (tuber- culose, syphilis, cancer)	42

CHAPITRE V. — Mode de déclaration.....	53
§ 1. Par qui doit être faite la déclaration ?.....	53
§ 2. A qui doit être faite la déclaration ? Comment est-elle transmise ?.....	62
CHAPITRE VI. — Corollaires prophylactiques de la déclara- tion	73

